

Sylke Badekow

Berufsbiographien von Psychotherapeuten

Reihenherausgeber:

Prof. Dr. phil. Gerd Jüttemann
Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft
Fachgebiet Klinische Psychologie/ Gesundheitspsychologie
Technische Universität Berlin
Sekt. FR 3-8
Franklinstr. 28/29
10587 Berlin

Basisliteratur:

G. Jüttemann (2009): Komparative Kasuistik. Die psychologische Analyse spezifischer Entwicklungsphänomene. Lengerich: Pabst Science Publishers

Informationen über die Schriftenreihe sind abrufbar unter:

<http://www.univerlag.tu-berlin.de/>

Ursprünglicher Titel der vorliegenden Arbeit:

Berufsbiographien von Psychotherapeuten

Originalform (Diplom-Arbeit; Dissertation; Projektbericht) und Jahr:

Diplom-Arbeit, 2002

ISSN

ISBN

978-3-7983-2152-6

**Vertrieb/
Publisher:**

Universitätsverlag der TU Berlin
Universitätsbibliothek
Fasanenstr. 88 (im VOLKSWAGEN-Haus), D-10623 Berlin
Tel.: (030)314-76131; Fax.: (030)314-76133
E-Mail: publikationen@ub.tu-berlin.de
<http://www.univerlag.tu-berlin.de/>

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei

- Herrn Prof. Jüttemann für die Betreuung der Arbeit sowie
- bei meinem Sohn, der während der Arbeit an dieser Schrift sehr viel Verzicht üben und Verständnis zeigen musste.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung (1)

2. Stand der Forschung (3)

- 2.1. Biographieforschung (3)
 - 2.1.1. Überblick (3)
 - 2.1.2. Genetische Persönlichkeitspsychologie und Autogenese (4)
 - 2.1.2.1. Genetische Persönlichkeitspsychologie (4)
 - 2.1.2.2. Autogenese (5)
- 2.2. Berufswahl- und Laufbahnforschung (5)
 - 2.2.1. Berufswahl (6)
 - 2.2.1.1. Psychoanalytisch orientierte Erklärungsversuche (6)
 - 2.2.1.2. Need-Drive-Ansätze (6)
 - 2.2.1.3. Trait-and-Factor-Ansätze (7)
 - 2.2.2. Berufliche Entwicklung (7)
 - 2.2.2.1. Der entwicklungspsychologische orientierte Ansatz von Ginzberg (7)
 - 2.2.2.2. Berufliche Entwicklung und Selbstkonzept von Super (7)
 - 2.2.2.3. Der persönlichkeitspsychologisch orientierte Ansatz von Holland (8)
- 2.3. Der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten (9)
 - 2.3.1. Wer wird Psychotherapeut? (9)
 - 2.3.2. Wie wird man Psychotherapeut? (10)
 - 2.3.2.1. Das Psychologiestudium (10)
 - 2.3.2.2. Die Psychotherapieausbildung (10)
 - 2.3.3. Der Psychotherapeut (11)
 - 2.3.4. Berufsrisiken (13)
 - 2.3.5. Kurzer Exkurs über ostdeutsche Besonderheiten (13)
 - 2.3.6. Die aktuelle berufliche Situation (15)

3. Fragestellung (17)

4. Methoden (18)

- 4.1. Erhebungsmethoden (19)
- 4.2. Auswertungsmethoden (20)
- 4.3. Güte- und Homogenitätskriterien (21)
 - 4.3.1. Gütekriterien (21)
 - 4.3.2. Homogenitätskriterien (22)

5. Untersuchungsdurchführung (23)

6. Ergebnisse (25)

6.1. Ergebnisse der Fragebogenstudie (25)

6.2. Portraits interviewter Psychologen (34)

6.2.1. Die Missionarin (34)

6.2.2. Die Verkehrspsychologin (38)

6.2.3. Die Verhaltenstherapeutin (45)

6.3. Vergleichende Auswertung der Interviews (49)

6.3.1. Biographien im Vergleich (49)

6.3.1.1. Kindheit (50)

6.3.1.2. Berufswunsch und Berufsvorstellungen (52)

6.3.1.3. Studium (52)

6.3.1.4. Berufsbeginn (53)

6.3.1.5. Beruflicher Werdegang bis zur Niederlassung (56)

6.3.1.6. Psychotherapie (58)

6.3.1.7. Arbeit als Therapeut (60)

6.3.1.8. Freizeit und Familie (65)

6.3.1.9. Berufliche und persönliche Zufriedenheit (67)

6.3.2. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse (68)

6.3.2.1. Vergleich der vier ausgewählten Berufsbiographien (68)

6.3.2.2. Vergleich der Berufsbiographien von Psychotherapeutinnen und nicht therapeutisch tätigen Psychologinnen (73)

6.3.3. Autogenetische Aspekte (76)

7. Diskussion und Ausblick (79)

8. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

In meiner Diplomarbeit werde ich mich mit autogenetischen Aspekten der Berufsbiographien von Psychotherapeuten, genauer mit autogenetischen Aspekten der Berufsbiographien ostdeutschen Psychotherapeutinnen, beschäftigen.

Warum die Beschäftigung mit „autogenetischen Aspekten“?

Die Diplomarbeit entstand im Zusammenhang mit einem Forschungsprojekt an der TU Berlin unter Leitung von Prof. Dr. Gerd Jüttemann, welches autogenetische Aspekte von Berufsbiographien untersucht.

Der Begriff Autogenese wurde von Jüttemann (1998) eingeführt und bezieht sich auf die eigenverantwortliche Lebens- und Selbstgestaltung des Menschen. Im Rahmen dieser Arbeit sollen die mit diesem Konzept verbundenen zielgerichtete Selbststeuerungsprozesse, die die berufliche Entwicklung beeinflussen und mitbestimmen, ermittelt und dargestellt werden

Warum „Psychotherapeutinnen“? (*1)

Die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen bzw. der Psychotherapeuten (*2) erscheint zum einen als geradezu ideal für die Durchführung qualitativer Interviews, gehört die Fähigkeit zur Selbstreflektion quasi doch zum Handwerkszeug, zum anderen interessiert mich, die Autorin, genau diese Berufsgruppe sehr, da ich meine berufliche Zukunft in eben diesem Bereich sehe.

Die Frage, ob in dieser Arbeit die Berufsbiographien von Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen untersucht werden sollen, entschied sich infolge der größeren Interviewbereitschaft der Psychotherapeutinnen.

Warum „ostdeutsche“ Psychotherapeutinnen?

Auch im Jahre 12 nach der Vereinigung beider deutschen Staaten existieren noch Vorurteile und Ressentiments gegenüber dem jeweils Fremden.

Diesen Bildern und Gefühlen kann man nur im Kontakt begegnen: indem man das andere bzw. den anderen kennenlernt.

Der Kommunizierung eines Ausschnittes ostdeutscher Vergangenheit und Gegenwart soll diese Arbeit dienen.

(*1) Im Rahmen dieser Arbeit werden nur die Berufsbiographien psychologischer Psychotherapeutinnen untersucht. Die Berufsbiographien ärztlicher Psychotherapeutinnen bleiben hier unberücksichtigt. Der Begriff „Psychotherapeutin“ wird nachfolgend synonym für „psychologische Psychotherapeutin“ verwendet.

(*2) Aus Gründen der Vereinfachung werde ich – außer bei der Darstellung der Ergebnisse – i.d.R. nur jeweils die männliche Variante einzelner Personen- bzw. Berufsbezeichnungen anführen.

Zu den einzelnen Kapiteln:

Nach der **Einleitung** wird in einem **2.Kapitel** der Stand der Forschung referiert: neben kurzen Exkursen zur Biographie- sowie zur Berufswahl- und Laufbahnforschung, werden die Konzepte „Autogenese“ und „Genetische Persönlichkeitspsychologie“ erläutert und abschließend die Reflektion verschiedener Aspekte des Psychotherapeutenberufes in der Forschung dargestellt.

Im **Kapitel 3** wird die Fragestellung präzisiert.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit den Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Es werden der qualitative Ansatz und die Methode der komparativen Kasuistik dargestellt und zum Abschluß die Homogenitäts- und Gütekriterien der Arbeit benannt.

Im **Kapitel 5** schließt sich eine kurze Darstellung der Untersuchungsdurchführung (Kurzfragebogen/Interview) an.

Die Ergebnisse der schriftlichen und mündlichen Befragung werden schließlich im **Kapitel 6** dargestellt und systematisiert.

Das **7. Kapitel** ist schließlich der Diskussion der Ergebnisse gewidmet.

In einem gesonderten **Anhang** sind alle von mir erstellten Materialien zur Erhebung und Auswertung der Daten sowie die Materialien einer Vorstudie aufgeführt.

2. Stand der Forschung

In einem ersten Abschnitt wende ich mich zunächst der Biographieforschung zu, da es sich bei den Erhebungsdaten in dieser Arbeit im wesentlichen um biographische Daten handelt. In meiner Arbeit interessiert mich insbesondere jener Teilbereich der Biographie, der mit dem Beruf in Zusammenhang steht. Aus diesem Grunde schließt sich ein Abschnitt zum Stand der Berufsauswahl- und Laufbahnforschung aus psychologischer Sicht an. In einem dritten theoretischen Abschnitt widme ich mich schließlich direkt der hier untersuchten Profession und werde einige wesentliche Aspekte des Berufes des Psychotherapeuten darlegen.

2.1. Biographieforschung

Das Wort Biographie stammt aus dem Griechischen und kann mit „Lebensbeschreibung“ übersetzt werden. „Bios“ bedeutet „Leben“ und „Graphein“ wird mit „Schreiben, Beschreiben“ wiedergegeben. Die Biographieforschung analysiert das beschriebene Leben.

2.1.1. Überblick

Die Biographie eines Menschen beginnt mit seiner Geburt und endet mit seinem Tod. Insofern kann die gesamte Zeit seines Lebens Gegenstand der Biographieforschung sein. Insbesondere aus dem literarischen Bereich sind derartige Darstellungen – zumeist bedeutender Personen der Zeitgeschichte – bekannt. Die psychologische Biographieforschung (im folgenden kurz: BF) fokussiert dagegen in der Regel Ihre Betrachtung auf einen Teilbereich oder Aspekt des Lebens, ohne jedoch die Gesamtbioographie außer acht zu lassen.

Im Gegensatz zur traditionell-quantitativen Forschung stehen in der biographischen Forschung das Individuum und seine Subjektivität im Mittelpunkt. Da die verschiedenen wissenschaftlichen Fachbereiche, die sich mit der Biographie von Menschen beschäftigen, wie beispielsweise die Erziehungswissenschaften, die Psychiatrie oder Ethnographie, unterschiedliche Forschungsschwerpunkte setzen, existiert kein einheitlicher Ansatz innerhalb der BF. Ziel psychologischer BF ist es, auf der Basis der Erfassung individueller Lebensgeschichten, subjektive Handlungsstrategien erklären zu können.

Biographieforschung muß nach Lamneck (1989, S. 335) über die Beschreibung des individuellen Lebenslaufes hinausgehen und darf nicht dem Leser selbst die Identifikation soziologisch oder psychologisch relevanter Tatbestände überlassen.

Oder wie Wiedemann (1986, S.101) formuliert:

„Lebenslaufforschung hat mehr im Sinn, als nur die Stationen aufzulisten, die in einem Leben anfallen – sie zielt auf die persönliche Geschichte, den Zusammenhang der Lebenserfahrung und die individuelle Sinndeutung der Person ab.“

In einer Gemeinschaft, die sich als Arbeits- und Leistungsgesellschaft definiert, bilden Berufswahl und anschließendes Berufsleben bzw. die anschließend ausgeübten Tätigkeiten wichtige Untersuchungsfelder der BF.

Historisch sind die Anfänge der Verwendung biographischer Methoden bereits im 18.Jh. bei Johann Gottfried von Herder zu finden (Thomae, 1987). Mit der Entwicklung der Psychoanalyse und der Individualpsychologie zu Beginn des 20.Jh wurde das biographische Material zu einem ausgesprochen bedeutsamen Untersuchungsgegenstand.

In der Entwicklungspsychologie wurde die biographische Vorgehensweise insbesondere durch Charlotte und Karl Bühler mit der Konzeption einer „Lebenslaufpsychologie“ auf biographischer Basis, worin die Entwicklungsphasen des Kindes- und Jugendalters auf das Erwachsenenalter ausgeweitet wurden, forciert.

In der Persönlichkeitspsychologie sind biographisch orientierte Ansätze insbesondere mit den Namen Thomae sowie Allport und Muray in Verbindung zu bringen.

2.1.2. Genetische Persönlichkeitspsychologie und Autogenese

Die Genetische Persönlichkeitspsychologie verbindet den – traditionellen – Blick der Persönlichkeitspsychologie auf das Erleben und Verhalten von Individuen mit der Dimension Genese, sprich Entwicklung, Entstehen. Autogenese könnte man wohl mit „Selbst-Entwicklung“ – im Gegensatz zu Begriffen wie Fremdbestimmung, Rollenverhalten, dem Meadschen „me“ u.a. - übersetzen.

2.1.2.1. Genetische Persönlichkeitspsychologie

Dass die Persönlichkeit eines Menschen keinen Status quo darstellt sondern vielmehr einem fortlaufenden Wandlungsprozeß unterliegt legte bereits Erikson dar. Dieser Betrachtungsweise nun folgt der Begriff Genetische Persönlichkeitspsychologie. 1995 wurde von Jüttemann ein Programm zur Neukonzeption einer empirisch-geisteswissenschaftlichen Persönlichkeitstheorie publiziert (Jüttemann, 1995, S.118). Jüttemann prägte diesen Begriff insbesondere als „Bezeichnung für ein Fach,

... das einmal aus dem sachlich notwendig erscheinenden Zusammenschluß von Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitspsychologie hervorgehen sollte“
(Jüttemann, Thomae, 1999, S. 112).

In diesem Fach, dieser Forschungsrichtung würde die Persönlichkeit eines Menschen – wie bis dato – nicht nur strukturell beschrieben, sondern eher unter den Aspekten Prozeß, Genese, Inhaltlichkeit des Erlebens und Verhaltens betrachtet werden. Vergleichbar ist das Konzept der Genetischen Persönlichkeitspsychologie prinzipiell mit dem der „Psychologischen Biographik“ von Thomae. Einen in der Richtung ähnlichen Ansatz vertritt auch die Entwicklungspsychologin Ursula Lehr, die für eine „differentielle Entwicklungspsychologie“ (vgl. Beitrag Lehr, ebenda) eintritt.

2.1.2.2. Autogenese

Seine theoretischen Wurzeln hat der Begriff Autogenese in dem bereits oben erwähnten Ansatz der Psychologischen Biografie (Thomae). Jüttemann, der Begründer des Autogenese-Konzeptes, sieht jedoch demgegenüber den Ausdruck Autogenese als eine wesentliche begriffliche Erweiterung an, da „die zu untersuchenden Personen nunmehr als die Urheber(innen) jenes Geschehens in Betracht gezogen werden, über das sie autobiographisch lediglich – als Erzählende – zu berichten haben“ (Jüttemann, Thomae, 2002).

Weitere das Konzept tangierende Ansätze sind beispielsweise die Begriffe Selbstbestimmtheit (versus Fremdbestimmtheit), internaler (versus externaler) Attributionsstil, Kontrollüberzeugung sowie (die vierte Stufe des) Selbstmanagements.

Jüttemann definiert Autogenese wie folgt

„Autogenese ist die sowohl ihren Verlauf als auch ihrem Ergebnis nach in einer großen Vielfalt von intra- und interindividuell differierenden und prinzipiell divergent bewertbaren Formen in Erscheinung tretende eigenverantwortliche Lebens- und Selbstgestaltung des Menschen“ (ebenda).

Mit dem Terminus Autogenese wollte Jüttemann auch „die hohe Bedeutung ... würdigen, die der Aspekt der Selbstverantwortung nach heutiger Erfahrung für die Betrachtung individueller Entwicklungen besitzt.“ (Jüttemann, 1999, S. 120). Mit der Differenzierung der Gesellschaft, der Überwindung tradiertter Normen und Werte, der Abnahme existenzieller Zwänge und Nöte hat das Individuum in breitem Umfange die Möglichkeit, sein Leben selbst zu bestimmen. Oder anders ausgedrückt: „Erst dann, wenn sich das Individuum gezwungen sieht, zwischen verschiedenen gegebenen Möglichkeiten zu wählen, wird Autogenese relevant“ (Jüttemann, 2002).

Jüttemann sieht für das Autogenese-Konzept durchaus auch praktische Anwendungsbereiche, so auf den Gebieten der psychologischen Diagnostik und Beratung als auch im Bereich der Psychotherapie. Ein (wichtiges) Ziel dieser Interventionen könnte dann lauten „*Werde, der du bist*“ (nach Pindar in Jüttemann, 2002).

2.2. Berufswahl- und Laufbahnforschung

Dem zentralen Stellenwert, den die Berufswahl und die berufliche Arbeit in der modernen Industriegesellschaft besitzen, entspricht die Bedeutung der Berufswahl- und Laufbahnforschung. Allerdings ist die Analyse lebensgeschichtlicher Daten und Verläufe unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Sozialisation sowie deren Erfassung über die Eigenperspektive der Subjekte in der Vergangenheit hauptsächlich in soziologischen und pädagogischen Kontexten betrieben worden. Erst in den späten 80er Jahren sei (erneut) ein zunehmendes Interesse der Psychologie an biographisch orientierter Forschung zu bemerken – so Breuer (1991 – in Bezug auf Jüttemann & Thomae, 1987).

2.2.1. Berufswahl

Die verschiedenen theoretischen Ansätze der Berufswahl haben gemeinsam, daß die Wahl eines Berufes zu einem bestimmten Zeitpunkt als ein herausragendes Ereignis gewürdigt wird. Ausgehend von der Erkenntnis, daß ein Faktorenbündel die Berufswahl determiniert, stellen die verschiedenen theoretischen Ansätze gewisse Faktoren – auf Kosten anderer – in den Vordergrund. Einige der Erklärungsversuche sollen nachfolgend beschrieben werden.

2.2.1.1. Psychoanalytisch orientierte Erklärungsversuche

Psychoanalytiker (Moser 1963, 1965; Bordin 1963) berufen sich im wesentlichen auf drei Schlüsselkonzepte, wenn sie versuchen, die Berufswahl zu erklären und/oder vorherzusagen: auf die Freudschen Abwehrmechanismen der Sublimierung, Identifizierung und Fixierung.

Unter *Sublimierung* ist die Umorganisation von inakzeptablen Bedürfnissen in solche Aktivitäten, die als sozial wertvoll angesehen werden, zu verstehen. So wird etwa die Wahl des Chirurgenberufes durch die Sublimierung sado-masochistischer Impulse erklärt, die des Fotografenberufes durch die Sublimierung voyeuristischer Wünsche.

Mittels *Identifikation* übernimmt das Individuum Motive von Personen aus seiner Umgebung.

Fixierungen entstehen durch ein langes Beharren auf einer Stufe der libidinösen Entwicklung, die dann aber plötzlich und rasch überwunden werden musste oder aber, daß sie überwunden werden musste, nachdem sie kaum begonnen hatte. Diese abrupten Entwicklungsverläufe hinterlassen unbefriedigte Bedürfnisse. Die Wahl eines Berufes wird nun durch jenes Stadium der psychosexuellen Entwicklung bestimmt, in dem die Fixierung stattgefunden hat.

Insgesamt geht die Mehrzahl der psychoanalytisch orientierten Erklärungsansätze der Berufswahl davon aus, daß verschiedenen Berufe in unterschiedliche Weise zur *Bedürfnisbefriedigung und Angstreduktion* von Individuen beitragen.

2.2.1.2. „Need-Drive“-Ansätze

Eine Reihe von Erklärungsansätzen (Forer, 1953; Zaccaria 1970) zur Berufswahl geht davon aus, daß das Individuum über wenige oder auch viele *Bedürfnisse (needs)* verfügt, die in *Energie (drive)* transformiert werden. Diese Energie drängt das Individuum dazu, sich bedürfnisbefriedigenden Objekten, Personen und/oder Aktivitäten zuzuwenden. Auch der Beruf wird als ein Mittel der Bedürfnisbefriedigung angesehen. Allerdings sei für eine Person die eigene Berufswahl kaum logisch nachzuvollziehen bzw. durchschaubar, spielten doch auch viele unbewusste Bedürfnisse bei diesem Prozeß eine Rolle.

Roe (1964) fand in Ihren Untersuchungen u.a. einen Einfluß der Grundeinstellung der Eltern zum Kind sowie der elterlichen Erziehungspraktiken (warme versus kalte Eltern-Kind-Beziehung) auf die Bedürfnisstruktur des Kindes und ihre Befriedigung. Liegt eine „warme“ Eltern-Kind-Beziehung vor, so wählt das Individuum später mit hoher Wahrscheinlichkeit eine personorientierte Tätigkeit, liegt hingegen eine „kalte“ Eltern-Kind-Beziehung vor, so tendiert dieses Individuum eher zu objektbezogenen Berufen, wie dem des Konstrukteurs. (Anmerkung der Autorin: Angesichts des Booms der objektbezogenen Tätigkeiten im IT- bzw. Computer-Bereich ist dieser Ansatz gegenwärtig wohl zumindest zu relativieren.)

2.2.1.3. „Trait-and-Factor“-Ansatz

Der Ansatz (Williamson, 1972) geht davon aus, daß sich Individuen in Bezug auf *Persönlichkeitsmerkmale* wie etwa Intelligenz, Interessen, Werte, Leistungsmotivation, Risikoverhalten mehr oder weniger unterscheiden. Diese Merkmale stehen in Wechselbeziehung zu den Anforderungen verschiedener Berufe. Um einen den individuellen Eigenheiten Rechnung tragende Beruf wählen zu können, sollte einer Person das individuelle Merkmalsprofil bekannt sein (oder beispielsweise seitens eines Berufsberaters bekannt gemacht werden).

2.2.2. Berufliche Entwicklung (Laufbahn)

Im Gegensatz zu den unter 2.2.1. besprochenen Ansätzen, die explizit oder implizit davon ausgehen, daß es für jedes Individuum den passenden, den „richtigen“ Beruf gibt, sehen eine ganze Anzahl von Autoren die Berufswahlproblematik aus einem ganz anderen, nämlich aus einem *entwicklungspsychologischen Blickwinkel*. Sie betonen den genetischen (hier: abgeleitet von Genese) Aspekt der Persönlichkeit. Und natürlich ist die berufliche Entwicklung Teil der Gesamtentwicklung, eines Prozesses, einer Dynamik.

2.2.2.1. Der entwicklungspsychologisch orientierte Ansatz von Ginzberg

Ginzberg et al (1951) konzipierten wohl als erste einen entwicklungspsychologisch orientierten Ansatz der Berufswahl. Sie zeigten u.a. auf, daß die Berufswahl keine einmalige Entscheidung, sondern einen sich über viel Jahre erstreckender Entwicklungsprozeß darstellt. Die von Ginzberg noch postulierte Irreversibilität der beruflichen Entwicklung wurde später von anderen Autoren relativiert.

2.2.2.2. Berufliche Entwicklung und Selbstkonzept nach Super

Super hat eine erste zusammenfassende Darstellung der Grundzüge seiner Überlegungen zur beruflichen Entwicklung im Jahr 1953 publiziert. Bereits diese Arbeit verdeutlicht, daß Super Elemente der Entwicklungspsychologie, Phänomenologie und Differentiellen Psychologie zu einem Erklärungsansatz vereinigt, der im Laufe der folgenden zwei Jahrzehnte noch mehrmals modifiziert wurde.

1957 legte Super ein Stufenmodell der beruflichen Entwicklung vor. So folgen der

1. Stufe des Wachstums (bis 14 Jahre) die
2. Stufe der Exploration (15-25 Jahre), die
3. Stufe der beruflichen Festlegung (25-44 Jahre), die
4. Stufe der beruflichen Festigung (45-65 Jahre) und schließlich die
5. Stufe des beruflichen Abbaus (über 65 Jahre).

Diese Stufen dienten Super als allgemeinen Rahmen der beruflichen Entwicklung, die dann spezifische Verlaufsformen (Laufbahnmuster) annehmen kann. Insgesamt unterschied Super (1957) vier mögliche allgemeine Laufbahnmuster – das konventionelle, das stabile, das instabile und das Laufbahnmuster der multiplen Veränderungen - sowie sieben Laufbahnmuster speziell für Frauen.

Die postulierten Laufbahnmuster können nach Super durch 67 Determinanten beeinflusst werden. Diese Determinanten lassen sich wiederum in vier Kategorien wie folgt zusammenfassen: 1. Charakteristika und Erfahrungen des Individuums, 2. persönliche Situation des Individuums, 3. Umwelt des Individuums und 4. unvorhersagbare Faktoren.

Anknüpfend an die von Havighurst diskutierten allgemeinen Entwicklungsaufgaben bemühten sich Super et al. (1957) um eine spezifische Darstellung der beruflichen Entwicklungsaufgaben. So besteht die berufliche Entwicklungsaufgabe der Early Adolescence, sprich der Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, darin, eine berufliche Präferenz zu entwickeln und für die jungen Erwachsenen im Alter von 25 bis 30 Jahren sollte die Stabilisierung im Beruf im Vordergrund stehen. Insgesamt unterschieden Super et al 5 Entwicklungsaufgaben für Personen zwischen 14 und 50 Jahren.

Untersucht hat Super auch die Wirkungen des Selbstkonzeptes – und hier vor allem die der Variable Selbstwertgefühl – auf die Berufswahl. Super sah in der Berufswahl eine Verwirklichung des Selbstkonzeptes (– unabhängig von der Höhe des Selbstwertgefühls).

2.2.2.3. Der persönlichkeitspsychologisch orientierte Ansatz von *Holland*

Nach Holland (1959, 1966) sind *Interessen und berufliche Präferenzen als Ausdruck der Persönlichkeit bzw. der Persönlichkeitsentwicklung* zu sehen. Damit baut Holland auf der Selbstkonzepttheorie von Super auf.

Holland klassifiziert die Menschen in sechs Typen: den realistischen, intellektuellen, sozialen, konventionellen, unternehmerischen und künstlerischen Typ, die jeweils durch spezifische Interessen, Einstellungen und soziale Kompetenzen charakterisiert sind. Die beruflichen Umwelten werden entsprechend den in ihnen vorherrschenden Persönlichkeitstypen und Umweltgegebenheiten auf die gleiche Weise klassifiziert. Sind nun die individuelle Persönlichkeitsstruktur und die Strukturen des beruflichen Umfeldes bekannt, können – mit Hilfe intermittierender Variablen – die Berufswahl, das berufliche Verhalten und die berufliche Leistung vorhergesagt werden.

Eine große Zahl hier nicht angeführter Autoren haben sich mit der Berufswahl bzw. der beruflichen Entwicklung wissenschaftlich befasst. So wurde immer wieder u.a. nach den Determinanten dieser Prozesse geforscht. Aber bereits die kritische Durchsicht von nur wenigen Determinantenkatalogen macht die immense Komplexität allein des Berufswahlprozesses deutlich. Und so sind die mit der Problematik, eine umfassende und kohärente Theorie der Berufswahl (bzw. der beruflichen Entwicklung) aufzustellen, verbundenen Schwierigkeiten wohl offenkundig und stellen eine Herausforderung auch für die gegenwärtige und künftige Forschung dar.

2.3. Der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten

Der Beruf des Psychotherapeuten* wird nicht selten als „unmöglicher“ Beruf apostrophiert. Zum einen wohl, weil er sich mit einem höchst diffizilen, komplexen, ja komplizierten Gegenstand befasst – mit der Seele des Menschen. Und zum anderen wohl auch, weil dieser Blick auf das Intimste des Menschen einer gewissen Zahl von Menschen, eher unheimlich ist und – per Stigmatisierung oder Lächerlichmachung – abgewehrt wird.

Und trotzdem: noch immer strahlt der Beruf für eine Vielzahl von Psychologiestudenten bzw. Diplompsychologen eine Faszination aus.

Denn gibt ein schöneres Berufsziel als die Heilung seelischer Leiden, als Trost und Therapie der „zerstoßenen Herzen“ (Jaeggi, 1995) ...

2.3.1. Wer wird Psychotherapeut?

In der Tendenz sind angehende Psychotherapeuten eher wahrnehmungssensibel - rezeptiv, mitfühlend und individuumorientiert, weniger normorientiert und handlungsbezogen – so von Rad, Professor für Psychotherapie an der TU München (von Rad, 1997, S. 33f).

Und wie steht es um das Vorurteil, daß einen psychotherapeutische Beruf nur derjenige ergreift, der selber psychische Probleme hat?

Nun, es scheint, daß sich diese Annahme nicht so einfach vom Tisch wischen lässt.

Oft haben Psychologen in ihrer, vor-psychotherapeutischen Lebensgeschichte Akzeptanzdefizite erfahren – „oder sie haben in ihrem familiären Umfeld aufgrund einer Disposition und vielleicht einer früheren Leidenserfahrung Mitgefühl und Hilfsbereitschaft entwickeln können“ (ebenda).

Letztere Vermutung knüpft direkt an Freuds Behauptung an, daß ein Verlust in der Kindheit der Grund für das Helfermotiv im Erwachsenenalter sei. (Und auch ich, d.A., kann diese These - mit dem Wissen über meine Interviewpartner – bestätigen, siehe Punkt 6.)

In einer Studie von 1993 wurden frühe Kindheitserfahrungen von Psychotherapeutinnen mit denen anderer berufstätiger Frauen verglichen. Es zeigte sich, daß die Therapeutinnen, in ihrer Kindheit häufiger Missbrauch, familiäre Probleme, Alkoholismus, psychische Krankheit oder den frühen Tod eines Elternteils erlebt hatten. Freud hatte also in diesem Fall recht: psychotherapeutische Berufe ziehen (auch) Menschen an, die selbst psychisches Leid erfahren haben (vgl. Epstein, 1998, S. 66f).

Oder wie seine Tochter Anna einmal formulierte: „*Der ausgefeilteste Abwehrmechanismus, den ich je beobachtet habe, ist Psychotherapeut zu werden*“ (ebenda).

* Anmerkung d.A.: Gemeint ist hier und nachfolgend nur der von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannte Psychologische Psychotherapeut und nicht der Facharzt für Psychotherapie.

2.3.2.. Wie wird man Psychotherapeut?

Kurz gesagt, indem man ein Psychologiestudium mit einer klinischen Ausrichtung mit dem Diplom abschließt, eine Ausbildung in einer der drei von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannten Therapierichtung – Psychoanalyse, Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie – erfolgreich abschließt und schließlich die Approbation erlangt.

Wenn man davon ausgeht, daß für diesen Weg in der Regel 10 Jahre notwendig sind (5 Jahre Studium, 5 Jahre Therapieausbildung) und Ausbildungskosten von ca. 15.000 Euro eher die Regel sind (ganz abgesehen von der Psychoanalyse-Ausbildung, die noch weit zeit- und v.a. kapitalintensiver ist), dann lässt dies schon auf ein hohes Maß an Idealismus bei dieser Berufswahl schließen.

2.3.2.1. Das Psychologiestudium

Ein Psychologiestudium mit einem Schwerpunkt auf dem Fachgebiet Klinische Psychologie ist wie oben dargestellt der erste Baustein auf dem Weg zum Psychotherapeuten.

Wie aber sollte ein Psychologiestudium – idealtypisch - aussehen?

Dazu Eva Jaeggi (zitiert von Buchholz in Möller, 2000):

„Meine These: Ein erhöhtes Gefühl dafür, was ein Psychologe ist und sein könnte, ... kann nur an der Universität entstehen – und das macht ein gewaltiges curriculares Umdenken erforderlich ... Der Psychologe sollte an der Universität lernen, daß der zentrale Aspekt seines Berufes darin besteht, ein kontinuierlich reflektierender wissenschaftlicher Praktiker zu sein – gleichgültig, ob er sich später als Wissenschaftler begreift oder ein sogenannter 'reiner' Praktiker wird ... Das Zentrum seines Berufes ... ist das Erreichen einer reflexiven Meta-Ebene in Bezug auf alle gängigen Psychologien und Methoden, die Interaktion und Interseelisches betreffen. Das ist es, was ihn von allen anderen Helferberufen abgrenzt und als eigenständig ausweist. Wir haben es hier ... mit einer *Trias von Praxis, Theorie und Methodik* zu tun, die in der Person des Psychologen zusammentreffen sollte ... „

Doch selbst ein derart reformiertes Psychologiestudium allein „schafft für einen kompetenten Psychotherapeuten sowenig die Voraussetzungen wie ein Medizinstudium jene für einen Arzt, den man auf kranke Menschen loslassen darf“ (Schmidtbauer, 1999, S.32).

Ähnlich äußert sich Wolfgang Senf, Professor für Psychotherapie an der Universität Essen:

„Das Psychologiestudium ist aber für eine Professionalisierung in keiner Weise ausreichend – ich habe viel eher den Eindruck, daß die Notwendigkeit einer Professionalisierung zum Psychotherapeuten nach dem Studium ... eher unterschätzt wird“ (Senf, 2001, S.47).

2.3.2.2. Die Psychotherapieausbildung

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt an wissenschaftlichen Hochschulen oder anderen Einrichtungen, die als Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie staatlich anerkannt sind. Die Ausbildungszeit dauert in Vollzeitform 3 Jahre, in Teilzeitform 5 Jahre. Sie beinhaltet eine praktische Tätigkeit von 1800 Stunden, eine theoretische Ausbildung von 600 Stunden, eine praktische Ausbildung mit Patientenbehandlung unter Supervision von 600 Behandlungs- und 150 Supervisionsstunden sowie 120 Stunden Selbsterfahrung.

Was sollte eine *gute Psychotherapieausbildung* kennzeichnen? Gödde (in Möller, 2000, S.60f) schlägt drei Kriterien vor:

1. *Gründlichkeit und Ernsthaftigkeit*

Dabei kommt der Vermittlung einer „guten Theorie“ ein besonderer Stellenwert zu. „Nur wenn man sich theoretisch sicher fühlt, kann man technisch flexibel bleiben“ (ebenda).

2. *Integration*

Gegenüber verschiedenen Therapierichtungen sollte Offenheit und Interesse bestehen.

3. Stärkere Berücksichtigung der *Wissenschaftstheorie* und der *Therapieforschung* im Rahmen der Ausbildung.(ebenda)

Noch immer kann man sich als Psychologe im Rahmen der Psychotherapieausbildung zunächst nur für ein anerkanntes Verfahren – wenn auch einige der Ausbildungsinstitute dazu übergehen, gewisse Grundkenntnisse auch anderer Verfahren am Rande zu vermitteln - entscheiden.

Im Unterschied zu dieser schulenbezogenen Ausbildung wird der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin bereits heute methodenübergreifend weitergebildet, also in beiden Grundverfahren, verschiedenen Methoden und Settings. Die psychotherapeutische Ausbildung der Ärzte orientiert sich damit primär an den Notwendigkeiten einer klinischen Praxis und nicht an den Vorgaben einer Schule. Und das „war und ist ein `Quantensprung`, den ich auch den psychologische Psychotherapeuten wünsche“ (Senf, 2001, S.46f). Insgesamt sei die psychotherapeutische Ausbildung der Psychologen – im Gegensatz zu der der Mediziner - gegenwärtig noch zu einseitig und „zu weit von der Versorgungsrealität entfernt“ (ebenda).

Auch wenn die Ausbildungsinhalte diskussionswürdig sind, so ist doch unbestreitbar, daß eine derart individuumorientierten, methodisch hochspezialisierten Form der Ausbildung zu einer „respektablen fachlich-persönlichen Kompetenzerweiterung“ (von Rad, 1997, S.34) bei der Mehrzahl der Ausbildungsteilnehmer führt.

2.3.3. Der (Psycho-)Therapeut

Das Wort „Therapeut“ wird im Deutschen als terminus technicus genommen für: Heiler, Helfer, Behandler usw. Die ursprüngliche Bedeutung dieses Begriffes ist jedoch „Diener“ bzw. „Pfleger“.

Anforderungen (Soll):

Wenn es darum geht, die Eigenschaften, die einen guten Therapeuten ausmachen sollten, zu benennen, so finden sich in vielen Darstellungen zum einen Sachverstand und Handwerkszeug und zum anderen Lebens- und Berufserfahrung sowie Intuition wieder. (Lenz et al. in Brunner, 1990, S.64)

Hinsichtlich der menschlichen Qualifikationen hat Kovel folgendes angemerkt: „Die beste Sicherung gegen Schädigungen bildet dabei die Integrität des behandelnden Therapeuten. ... Er muß fähig sein, zu spüren, was in der Psyche eines anderen vorgeht; er muß sich auf Kommunikation einstellen können; er muß ausgewogene, vernünftige Urteile fällen und gleichzeitig offen bleiben gegenüber seinen Gefühlen; er muß sich veränderten Situationen flexibel anpassen können, ohne sein Ziel aufzugeben oder seine Identität zu verlieren; und vor allem muß er ausgereift für das Wohlergehen des Patienten sorgen“. Leider – so Kovel weiter – sei die *Unfähigkeit der Therapeuten* „eher die Regel als die Ausnahme“ (Kleiber et al., 1990, S.20).

Selbstbild:

In der Regel nehmen Psychotherapeuten für sich in Anspruch Individualisten zu sein. Sie fühlen sich oft „unbehaust“ in der Gesellschaft, von deren Normen sie sich wenig geschützt fühlen und deren Zielen sie her skeptisch gegenüber stehen (von Rad, 1997, S.33f).

In einer repräsentativen, schulen- und länderübergreifenden Umfrage antworteten auf die Frage „Wie möchten Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit idealerweise sein?“

- 97%: akzeptierend
- 91%: engagiert, tolerant, warmherzig und
- 86% intuitiv.

Verblüffenderweise haben sich dieselben Psychotherapeuten hinsichtlich ihres tatsächlichen therapeutischen Stils nahezu exakt ebenso positiv eingeschätzt: akzeptierend (97%), engagiert (91%), tolerant (90%), warmherzig (88%) (von Rad, 1997, S.34f).

Therapeuten sehen sich selbst sehr oft als Begleiter, weniger als Künstler und kaum als Techniker. Allerdings wünschen sich Klienten i.d.R. zunächst keinen Begleiter, sondern vielmehr einen Ratgebenden, einen Fachmann bzw. Spezialisten, „der ihnen die Probleme lösen kann“ (Kaufmann in Brunner, 1990, S.15).

Zu den meist genannten Problemen seitens der Klienten gehören nach einer Studie des New York Time Magazine vom 12.05.2000:

- Fantasien, die beunruhigen oder beschämen,
- Angst vor Kontrollverlust
- Melancholie, Depressionen
- Haben und Sein, veränderte Rollen in Beruf und Privatleben
- Beziehungsprobleme.

(Eine Übersicht über die Probleme speziell ostdeutscher Klienten befindet sich im Anhang 9.)

Erfolg:

Wie sollte nun ein erfolgreicher Therapeut sein?

In einer Studie wurden 532 Klienten der Psychotherapie aufgefordert, ihre Therapeuten anhand einer Reihe vorgegebener Faktoren zu beschreiben. Diese Einschätzungen wurden mit der Besserungsrate verglichen: Die Klientenbeurteilung „Verständnis aufbringen“ und „annehmen“ hing am deutlichsten mit der von Klienten und Therapeuten beurteilten Besserung zusammen. (Hubble et al., 2001, S.9)

Zum Schluß ein Zitat von Karl Jaspers:

„Vom Psychotherapeuten wird viel gefordert: Überlegene Weisheit, unbeirrbare Güte, untilgbare Hoffnung sollen sich zusammenfinden. Nur lebenwährende Selbstdurchleuchtung bei ursprünglich gehaltvollem Wesen kann auf den Weg zu diesem Ideal führen, auf dem das Wissen um die Grenzen des Menschseins und die eigenen Grenzen bescheiden hält“ (Jaspers, 1958, S.59).

2.3.4. Berufsrisiken

Die Unklarheiten darüber, was eigentlich die Heilfaktoren in der Psychotherapie sind, das Wissen um den zentralen Stellenwert der „therapeutischen Beziehung“, der Reichtum, aber auch die Last nicht nur eins, sondern „mehrere Leben zugleich“ (von Rad, a.a.O.) zu leben sind nur einige der Aspekte, die zu psychischen - und in der Folge dann unter Umständen auch zu (psycho-)somatischen - Problemen bei Therapeuten führen können.

Umfragen offenbaren beunruhigende Zahlen, was das Leben und das Wohlbefinden von Therapeuten betrifft:

- Mehr als 60% haben irgendwann in ihrem Leben schon einmal eine klinisch signifikante Depression erlebt.
- Dem Psychologen David Lester, Leiter des Center of Study of Suicide, begehen Psychotherapeuten, Psychiater und Berater überdurchschnittlich oft Selbstmord. Einer von vier Psychologen hat hin und wieder Suizidgedanken und einer von sechzehn hat bereits einen Suizidversuch hinter sich.
- Peter Nathan, University of Iowa, berichtet von einem erhöhten Risiko für Menschen im Therapie- und Beratungsbereich, alkohol- oder drogenabhängig zu werden.
- Viele Therapeuten befriedigen ihre Bedürfnisse nach Nähe und sozialem Kontakt, wenn sie älter werden, immer mehr durch ihre Patienten (Epstein, 1998, S.66ff).

„Psychologen und Psychotherapeuten sind also im allgemeinen ziemlich verrückt – oder haben zumindest genauso viele Handicaps wie andere Menschen. Das allein stellt noch kein Problem dar. Einige Fachleute behaupten sogar, daß Therapeuten, die selbst psychische Probleme erlebt haben, vielleicht die besten Therapeuten sind.“ (ebenda) Allerdings ist diese Auffassung umstritten: Eigene Erfahrungen können die Sensibilität eines Therapeuten steigern, aber das muß sich nicht immer in einem größeren Therapieerfolg niederschlagen. Bislang hat nur eine einzige Studie - zum Therapieerfolg von Kinderpsychotherapeuten, deren eigene Kindheit selbst problematisch verlief - die These vom „*verwundeten Helfer*“ unterstützt.

Schützen können sich Psychotherapeuten vor den mit den Zweifeln und Unsicherheiten der täglichen Arbeit verbundenen psychischen Problemen bzw. dem burn out in erster Linie durch berufs-leben-lange Supervision (Jaeggi in Möller, 2000, S.61), aber auch durch Gespräche mit Freunden, Verwandten oder Kollegen, Sport, Reisen etc. – nicht zuletzt aber auch durch den achtsamen Umgang mit sich selbst – seinen Ressourcen und Grenzen (Stichwort: Therapiestunden pro Woche).

2.3.5. Kurzer Exkurs über ostdeutsche Besonderheiten*

Am Beispiel des Psychotherapeuten und Autoren *Hans-Joachim Maaz* soll in diesem Exkurs exemplarisch der Einfluß des DDR-Staates und der Wiedervereinigung auf die Arbeit und die psychische Befindlichkeit eines ostdeutschen Therapeuten dargestellt werden. Eine Ergänzung durch Aussagen einer ebenfalls populären ostdeutschen Psychotherapeutin, Anette Simon, schließt sich an.

* Dieser Exkurs erschien mir notwendig, da die Interviewpartnerinnen (siehe Punkt 6) in der Mehrzahl ostdeutsche Psychotherapeutinnen sind.

Maaz berichtet, daß er in seinem psychotherapeutischen Beruf einen Ausgleich für alle Anpassung und Einengung fand – und heute (1993) noch findet.

Maaz erlebt in seiner Kindheit die ambivalente Haltung seiner Eltern: schwankend zwischen „Einordnung und Widerspruch, Opportunismus und Opposition, Mitläufertum und Verweigerung“ (Schweitzer, 1993, S.272ff) und bezeichnet dies als prägend und zugleich doch auch als sensibilisierend in Bezug auf moralische Werte. Wichtig, um die „auferlegte Enge zunächst in der Phantasie zu sprengen“ und andererseits Orientierungen zu suchen und zu finden war die Beschäftigung mit der neueren deutschen Literatur und Philosophie. Später auch mit den Werken von Freud, Jung, Fromm und anderen, die zum Teil über Drittstaaten illegal eingeführt – „geschmuggelt“ - werden mussten.

Später in seiner Arbeit in einer Klinik erlebte er dann sowohl den Austausch mit gleichgesinnten Medizinern, die die autoritär-biologische Orientierung in der psychiatrischen Abteilung reformieren wollten, aber auch den Druck der ärztlichen Leitung, ja sogar der Stasi gegen diese Bestrebungen. Er erfuhr, daß krankmachende Lebensumstände nicht thematisiert wurden – und auch manch ein Patient lieber behandelt werden wollte, statt sich mit den Lebensumständen, in denen er krank geworden war, kritisch auseinanderzusetzen. Der Schock über die Erkenntnis der Einflussnahme des politischen Systems auch auf „die inneren Einstellungen zum Gesundsein und Kranksein bei Ärzten und Patienten“ war für Maaz so groß, daß er sich so weit wie möglich dieser Einflussnahme räumlich entzog – indem er in eine ländliche Gegend wechselte.

Neben seiner Arbeit als einziger Nervenarzt in einem Landkreis, begann er eine umfassende psychotherapeutische Ausbildung. „*In der therapeutischen Arbeit hatte ich schließlich die Lösung für mich gefunden*, ein erträgliches Gleichgewicht zwischen Anpassung und eigenständigem Handeln – oft genug auch gegen die erwarteten Normen oder viel häufiger noch, diese aushöhlend und unterlaufend.“ Und an anderer Stelle heißt es: „... ich fand in dieser Arbeit Freiheit und Würde“ ... wieder. Da er im staatlichen Gesundheitswesen nicht mehr als „förderungswürdiger Kader“ galt, suchte sich Maaz schließlich eine Anstellung und einen Freiraum bei der Diakonie.

Zur Zeit nach der Wiedervereinigung schreibt Maaz:

„Ich habe in meiner Arbeit keine ‘Wende’ vollziehen müssen, allerdings sind die neuen Verhältnisse eine stärkere Bedrohung der psychotherapeutischen Arbeit, als ich dies in DDR je erlebt habe. ... Was ich nach vorn als echte Befreiung erlebe, wird von hinten viel existenzieller bedroht, als es in dem Gefängnis DDR möglich gewesen wäre.“ (alle Zitate: Schweitzer, 1993, S.269ff)

Natürlich existieren auch andere Beschreibungen der beruflichen Situation und der damit verbunden Befindlichkeiten vor und nach der Wiedervereinigung. So zum Beispiel die von Anette Simon, Psychotherapeutin und Autorin („Versuch, mir und anderen die ostdeutsche Moral zu erklären“, „Fremd im eigenen Land“).

So zieht sie für sich 1990 zunächst eine positive Bilanz: „Ich konnte endlich auch Langersehntes tun: Reisen, mich der Psychoanalyse zuwenden, meine Gedanken aufschreiben und sogar veröffentlichen – in der DDR undenkbar.“ (Simon, 2000, S.81)

Auch sie berichtet wie Maaz davon, daß die Stasi selbst in den geschützten Raum von Kliniken (hier: Gruppentherapiesitzungen) einzudringen versuchte, von Gefühlen der Unfreiheit und Manipulation in Ihrer Arbeit.

„Ich glaube, in diesem Dilemma steckte die DDR-Psychotherapie fest, ohne es damals reflektieren zu können. Aber eine Ahnung davon streifte uns immer wieder. Die TherapeutInnen in der DDR, die ich schätzte, waren nicht angepasst, eher von einer bewussten Nicht-Anpassung geprägt. Sie waren aber trotzdem den Regeln dieser eingemauerten Gesellschaft unterworfen wie alle. Wie weit wir das noch wahrnehmen konnten oder wollten, ist die Frage.“ (a.a.O., S.114)

Nach der Wende dann erlebte Simon eine Etabliertheit und – gerade wegen ihrer „ausgefeilten Individualität“ – Konformität ihrer Kollegen (Psychoanalytiker) aus dem Westen, die sie befremdetet. Und sie erlebte Abwertungen. „Wir ostdeutsche Psychoanalytiker, die wir in den Genuß von guten ... Übergangsregeln gekommen sind und uns einer Lehranalyse unterzogen haben, teilweise in einem Alter, in dem wir an einem westdeutschen Ausbildungsinstitut nicht mehr zur Ausbildung zugelassen worden wären, bilden nun die dritte und in der Hierarchie letzte Gruppe in der deutschen Analyse. ... Einige ostdeutsche Analytiker (Anm.d.A.: gemeint ist hier u.a. H.J.Maaz) ... haben sich für die Trotz- und Schutz-Burg entschieden, also für die Abgrenzung und einen eigenen ostdeutschen Weg ... Andere versuchen völlig in den westdeutschen Fachgesellschaften aufzugehen und alle Weihen zu durchlaufen. Es ist natürlich schwer, den Entwertungen, die uns gegenüber stattfinden, zu widerstehen.“ (a.a.O., S. 117f)

Anfang der 90er Jahre befragten *Eva Jaeggi et al.* West- und ostdeutsche Psychologen über ihre Meinung voneinander. Es wurde festgestellt, daß die Westpsychologen von den Ostpsychologen annahmen, daß diese die Patienten trimmen, ans System anpassen und womöglich fast alle Stasi-Mitarbeiter waren. Die Ostpsychologen glaubten, daß ihre Westkollegen kalt und heuchlerisch seien, nur vom Geld und der Konkurrenz bestimmt würden und sich an die Bürokratie angepasst hätten (Simon, 1995, S. 22).

Da diese Vor-Urteile wohl in erster Linie infolge der Un-Kenntnis des jeweils anderen entstanden, sieht die Stimmungs- bzw. Meinungslage heute, 12 Jahre nach der Wiedervereinigung, gewiß (zumindest in Berlin, wo man viele Chancen des Kennenlernens hatte) deutlich anders, sprich: differenzierter, aus.

2.3.6. Die aktuelle berufliche Situation

Die Einführung des *Psychotherapeutengesetzes* im Jahre 1999 hatte für den Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten sowohl positive als auch negative Folgen.

Zu den positiven Folgen gehören wohl zum einen der Schutz des Titels Psychologischer Psychotherapeut und zum anderen die – durch das Approbationsverfahren – (fast) Gleichstellung mit den Ärzten. Zu den negativen Folgen sind vor allem ein erhöhter bürokratischer Aufwand und eine „besonders mickrige“ Bezahlung (pro Therapiestunde) durch die gesetzlichen Krankenkassen zu rechnen.

(Schmidbauer, 1999, S.30ff; Die Zeit, 2001)

Mit der Aufnahme der Psychologischen Psychotherapeuten in das Abrechnungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mussten nun diese mit den ärztlichen Psychotherapeuten (Fachärzten für Psychotherapie) um die in einem Gebiet maximale Zahl von Niederlassungen konkurrieren. Besonders in Unistädten, wo sich die frisch ausgebildeten Psychotherapeuten am liebsten gleich niederlassen, wirken sie inzwischen viel zahlreicher, als die Bedarfsplanung vorsieht. Die Chancen auf eine Niederlassung als Psychotherapeut sind hier nur im Kinder- und Jugendbereich wirklich gut. (Die Zeit, 2001)

In München weist beispielsweise die Bedarfsplanung eine Überversorgung mit Psychotherapeuten von 231% aus. Sehr gute Berufsmöglichkeiten im allgemeinen und Niederlassungsmöglichkeiten im besonderen bieten jedoch die neuen Bundesländer. Hier könne man noch von einer eklatanten Unterversorgung sprechen, so Prof. Heinz Henning, Universität Halle-Wittenberg. (bvvp, 2000) So arbeiten im gesamten Bundesland Sachsen-Anhalt weniger Psychotherapeuten als in der Stadt Heidelberg. Für die Kinder und Jugendlichen dieses Bundeslandes steht nur ein einziger Therapeut zur Verfügung.

Eine aktuell sehr bedeutsame Debatte entzündet sich um die Frage, ob die Psychotherapie noch im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleiben – oder ausgegliedert werden soll. Daß die Folgen einer derartigen Ausgliederung für die Klienten und die Psychotherapeuten wohl eher (sehr, sehr) negativ sein dürften, liegt auf der Hand. Allerdings wehren sich die Psychotherapeutenverbände gegen die Ausgliederungsforderung von Landespolitikern, Wissenschaftlern und Ärzten - und finden dabei Unterstützung in der Bundesregierung. (Ärzte Zeitung, 2001; 2002)

Obwohl diese Verteilungs-Kämpfe angesichts der Finanzlage der GKV wohl in Zukunft eher noch härter werden, kann „Die Zeit“ der „*Branche eine Menge (abgewinnen, d.A.) ... : Die Globalisierung kann ihr nichts anhaben, in Krisenzeiten steigt die Nachfrage eher noch. Sie beschäftigt viele Frauen, Teilzeitarbeit ist kein Problem. Die Umwelt bleibt sauber, und der Gewinn an Lebensfreude ist allemal höher, als wenn das Geld in noch PS-stärkere Autos umgesetzt wird*“ (Die Zeit, 2001).

3. Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Berufsbiographien von Psychotherapeuten. Im besonderen sucht die Autorin Antworten auf folgende Frage:

Welche individuellen Bedingungen und autogenetischen Aspekte können Ursache und Erklärung für den Berufsverlauf von Psychologischen Psychotherapeuten sein?

Unter 2.1.2. wurde dargestellt, daß Autogenese die in vielfältiger Form in Erscheinung tretende eigenverantwortliche Lebens- und Selbstgestaltung des Menschen beschreibt. Es soll in dieser Untersuchung also maßgeblich um die Selbststeuerungsprozesse gehen, die die berufliche Entwicklung von Psychotherapeuten beeinflussen und determinieren.

Angesichts der Tatsache, daß für die hier untersuchte Stichprobe sowohl gesellschaftliche Ereignisse, wie der Prozeß der Wiedervereinigung, als auch berufspolitische Entscheidungen, wie die Einführung des Psychotherapeutengesetzes, in die Zeit ihrer beruflichen Entwicklung fielen, wird es interessant sein, den individuellen Umgang mit diesen Ereignissen zu beobachten.

Untersucht werden sollen aber auch verschiedene Aspekte der bisherigen Berufslaufbahn der Psychotherapeuten: so familiäre Hintergründe, den Prozeß der Entscheidung für den Beruf des Psychologen, das Studium, den Berufseinstieg, die Entscheidung für die Ausbildung zum Psychotherapeuten und in dem Zusammenhang für eine Therapierichtung sowie den weiteren Karriereverlauf.

In diesem Zusammenhang stellen sich dann Fragen nach intraindividuellen Besonderheiten und natürlich auch nach eventuellen interindividuellen Gemeinsamkeiten. Gibt es beispielsweise typische Eigenschaften oder Persönlichkeitsmerkmale von Psychotherapeuten oder bestätigt sich der Mythos von der hohen Individualität dieser Berufsgruppe?

Gerade weil es keinen wirklichen Maßstab für Erfolg in der Psychotherapie gibt – oder aber alle publizierten Maßstäbe (Grawe) noch in der Diskussion sind, ist die individuelle Sicht auf die eigene Tätigkeit unter dem Aspekt des Erfolges von einer gewissen Brisanz.

Aufschluß über Prozesse der Selbststeuerung können auch kritische Momente im Arbeitsprozeß, wie beispielsweise Therapieabbrüche, scheinbare Stillstände im therapeutischen Prozeß sowie die damit verbundenen Selbstzweifel im Hinblick auf die eigenen therapeutischen Fähigkeiten, geben.

Gerade weil das wichtigste „Arbeitsmittel“ des Therapeuten seine eigene Person ist, kann vermutet werden, daß sich berufliche Höhe- und Tiefpunkte stärker als in vielen anderen Berufen auf die allgemeine Lebenszufriedenheit des Therapeuten auswirken. Es soll untersucht werden, ob ein solcher, enger Zusammenhang von Arbeits- und Lebenszufriedenheit existiert und wie er sich im einzelnen darstellt.

In diesem Kontext stellt sich auch die Frage nach der Bedeutung des Berufes im Leben des einzelnen Therapeuten.

4. Methoden

Im folgenden Abschnitt werden sowohl die Methoden der Datengewinnung, kurz: Erhebungsmethoden, sowie die Verfahren zur Auswertung des gewonnenen Datenmaterials, kurz: Auswertungsmethoden, dargestellt. Es schließt sich ein Abschnitt zu den Homogenitäts- und Gütekriterien der vorliegenden Untersuchung an.

In der Untersuchung fanden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden der Sozialforschung Anwendung. Allerdings dienten die quantitativen Verfahren eindeutig eher der Flankierung der qualitativ gewonnenen Aussagen.

Der **qualitative Forschungsansatz** versteht sich als eine offene Vorgehensweise und ermöglicht so, Hypothesen über bestimmte Konstrukte zu generieren. Der Forschungsprozeß ist demgemäß hypothesenbildend und nicht hypothesenprüfend. (vgl. Breuer, 1991, S.25) Da in der vorliegenden Arbeit intra- und/oder interindividuelle Besonderheiten des Berufsverlaufes von Psychotherapeuten analysiert und gegebenenfalls Hypothesen aufgestellt werden sollen, bietet sich der qualitative Forschungsansatz in diesem Falle an. Der methodischen Schwerpunkt dieser Arbeit liegt deshalb eindeutig auf diesem Ansatz.

Eine Methode, die für die hier vorliegende Untersuchung als besonders geeignet erscheint, ist die der **Komparativen Kasuistik**.

Von Jüttemann (1990, S.23) wird die Komparative Kasuistik als eine „iterative Such- und Prüfstrategie zur Generierung funktional relevanter Hypothesen“ u.a. zum Zwecke der Erklärung von Entstehungs- und Verursachungszusammenhängen bestimmter entwicklungsspezifischer Phänomene definiert. Sie dient ebenfalls der Strukturierung und Konstruktion empirisch begründeter Theorien mit hoher Gegenstandsangemessenheit.

Es handelt sich bei der Komparativen Kasuistik um einen Kleingruppenansatz, bei dem ausgehend von detaillierten Einzelfallanalysen durch einen interindividuellen Vergleich eine Gruppenanalyse zustande kommt, wodurch die Synthese von ideographischer und nomothetischer Forschung geleistet wird.

Im Einzelnen hat Jüttemann (a.a.O.) das Spiralenmodell der Komparativen Kasuistik wie folgt beschrieben:

Beginn der Untersuchungsphase

1. Entscheidung über das Design
2. Phänomenanalyse, Auswahl der Fragestellungen, Definition der Homogenitätskriterien
3. Zusammenstellung von möglicherweise relevanten Hypothesen und Bereichen
4. Präzisierung des Designs und organisationstechnische Vorarbeiten
5. Vorbereitung der Datenerhebung und der Datenaufbereitung
6. Durchführung der Datenerhebung
7. Durchführung der einzelfallanalytischen Auswertung
8. Komparation und abschließende Bearbeitung

Ende der Untersuchungsphase

In mehrmaligen Phasendurchläufen kommt es dann zur Kumulation der Erkenntnis (Stichwort: Spiralenmodell).

Die skizzierte Variante der Komparativen Kasuistik geht von mehrmaligen Untersuchungsdurchführungen aus, die die gewonnenen Ergebnisse (zunächst in Hypothesenform) immer mehr präzisieren und verifizieren. Auf dem Wege eines „Annäherungsprozess(es) ...“, der als eine `aufsteigende´ Reihe von Theorie-Vorformen“, wie sie beispielsweise Hypothesen darstellen, kann schließlich eine adäquate Theorie entwickelt werden (a.a.O., S.30).

Da insbesondere die zeitlichen Möglichkeiten für die Durchführung und Auswertung von Untersuchungen im Kontext einer Diplomarbeit begrenzt sind, kann hier nur ein Durchgang des Untersuchungsprozesses realisiert werden.

4.1. Erhebungsmethoden

Als Methoden zur Erhebung von Daten wurden in dieser Untersuchung ein Kurzfragebogen und das halbstrukturierte Interview verwandt.

Mit dem Kurzfragebogen (Anhang), welcher sich auf der Rückseite des Anschreibens (siehe Punkt 5) befand, wurden sowohl soziodemographische Daten als auch bereits Aussagen zu individuellen Copingstilen und zum Selbstbild als Psychotherapeut gesammelt.

Der Fragebogen diene im vorliegenden Falle sowohl der Gewinnung von Daten, sollte aber durch die nicht-soziodemographischen eher berufsbezogenen Fragen bereits das Interesse des Lesers wecken und somit zu einer erhöhten Interviewbereitschaft führen.

Die nicht-soziodemographischen Fragen und die Fragen des Interviewleitfadens entstanden in der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Arbeiten zu Themen des Theorieteils

Das wichtigste Instrument zur Erhebung der Daten bildete in der vorliegenden Arbeit das halbstrukturierte Interview.

Nach Kruse et al. (1998, S.161f) eignet sich diese Interviewform besonders für biographische Interviews, in denen subjektive Kategorien und Bedeutungszuordnungen von einzelnen Situationen, Ereignissen und Entwicklungen im Lebenslauf von Interesse sind.

In dem der Interviewer seine Themen und Fragen (Leitfaden) flexibel an die jeweilige Kommunikationssituation anpasst sowie gegebenenfalls Ergänzungs- und Verständnisfragen stellt, versucht er „spezifische Situationen, Ereignisse und Entwicklungen – ausgehend von deren Repräsentanz im subjektive Erleben des Gesprächspartners – möglichst ganzheitlich und authentisch zu erfassen“ (ebenda). – Breuer charakterisiert diese Art von Befragung auch als „weitgehend offen und tiefenorientiert“ (1991, S. 24).

Bei aller Freiheit der individuellen Darstellungen ermöglicht das strukturelle Element Leitfaden doch schließlich die Möglichkeit des Vergleichs der Aussagen der einzelnen Interviewpartner.

Die Hauptthemen des hier verwandten Interviewleitfadens (Anhang) bildeten:

- die Kindheit
- das Psychologiestudium
- der Berufsbeginn
- die gewählte Therapieart
- den bisherigen Berufsweg
- Freizeit/Familie
- Bedeutung des Berufes.

Um diese Themen gruppierten sich dann eine Reihe von Fragen, die dann entsprechend der Interviewsituation eher kurz angerissen oder in ausführlicher Form besprochen wurden. In der Regel wurden nicht alle Fragen des Leitfadens gestellt – zum einen weil an einer anderen Stelle des Interviews bereits Aussagen zu diesem Punkt getroffen worden waren und zum anderen weil einfach die Zeit fehlte, die Fragen zu stellen.

Noch ein Wort zu der Versuchsgruppe. *Warum Psychotherapeuten?* Nun, ganz gewiß spielt hier das Interesse der Autorin an der Klinischen Psychologie eine große Rolle, andererseits sollten Psychologen im allgemeinen ja gut „über sich Bescheid wissen“, selbstreflektiert sein – also ideale Interviewpartner.

So sieht das auch Breuer: „Ich glaube, daß Berater/Therapeuten eine gut geeignete Population darstellen für psychologische Erhebungsverfahren, die verbale Selbstauskünfte benutzen. Dies gilt für Aussage zur eigenen Biographie ... Man kann annehmen, daß diese Personengruppe besondere Befähigungen für eine explizite Thematisierung eigener kognitiver und emotionaler Prozesse mitbringt“ (a.a.O., S. 153).

4.2. Auswertungsmethoden

Die erhobenen Daten wurden zum Teil unter quantitativem Gesichtspunkt ausgewertet, im überwiegenden Maße jedoch qualitativ.

Die quantitativen Untersuchungen erstreckten sich hierbei auf die Erforschung von *Häufigkeiten* bestimmter Aussagen in den Kurzfragebögen.

Eine im Vorfeld der Arbeit erstellte Studie zu einigen Aspekten der psychischen Gesundheit ostdeutscher Klienten wurde ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Häufigkeitsverteilung ausgewertet (Anhang).

Die qualitative Auswertung erfolgte in erster Linie *frei und offen* - frei von Vorannahmen und Hypothesen und offen für das individuelle Bezugssystem, die individuelle Sicht des Interviewten.

Im Kontext der Analyse der Einzelinterviews wurden die gewonnenen Daten (i.d.R.) nicht interpretiert oder (beispielsweise: tiefenpsychologisch) gedeutet. Der Interviewte galt – à la Rogers – als der „Experte seiner selbst“.

Natürlich wurden in einem fortgeschritteneren Stadium der Auswertung aller Interviews auch Vermutungen und Hypothesen (über die interindividuellen Gemeinsamkeiten der Stichprobe) formuliert.

Auswertungsverlauf

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die Methode von Jaeggi et al., dem „*Zirkulären Dekonstruieren*“.

1. Teil - Einzelauswertung

Zuerst wurden alle Interviews transkribiert und einzeln ausgewertet. Jaeggi et al. (1991, S.6) schlagen vor, dem jeweiligen Interview ein Motto zu geben, um so einen emotionalen Kontakt zum Text herzustellen. Im vorliegenden Falle wurden die Interviewten typisiert („Diva“, „Das Glückskind“ etc.).

Anschließend wurden wesentliche Aussagen der einzelnen Interviews in *Stichwortkatalogen* zusammengefasst. Themenverwandte Stichworte wurden dann zu *Themenkatalogen* zusammengefasst, welche schließlich im letzten Schritt der Einzelauswertung der Interviews zur Bildung *themenübergreifender Kategorien* dienten.

2. Teil - Gesamtauswertung

Der Vergleich der gewonnenen Kategoriensysteme (Stichworte Synopsis, Komparationstabellen) gibt dann Aufschluß darüber, welche *zentralen inhaltlichen Themen* alle Interviews beinhalten. Diese Gemeinsamkeiten werden im Ergebnisteil – unter Berücksichtigung der ursprünglichen Fragestellung - dargestellt und diskutiert.

4.3. Güte- und Homogenitätskriterien

Zu den wichtigsten Gütekriterien sozialwissenschaftlicher Forschung gehören Validität, Reliabilität und Objektivität. Inwiefern diese Kriterien auf die hier vorliegende Untersuchung anzuwenden sind, wird nachfolgend erläutert.

Die Kontrolle der Stichprobe hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsdimensionen ist eine notwendige Voraussetzung für die Anwendung der Komparativen Kasuistik. Wie die Homogenität der Untersuchungsgruppe im einzelnen charakterisiert ist, wird in diesem Abschnitt kurz dargestellt.

4.3.1. Gütekriterien

Im hier praktizierten (vorwiegend) qualitativen Ansatz sind die oben angeführten klassischen Maße *differenziert* als Kriterien der Güte der Forschung zu betrachten.

Im Einzelnen:

Validität

... stellt die Messgenauigkeit eines Tests in bezug auf ein Kriterium dar (Arnold, 1997, S. 2423).

Die Gültigkeit der Daten ist natürlich auch unter den Bedingungen qualitativer Forschung von großer Bedeutung. Im Kontext der Datenerhebung in Interviewform werden sowohl an die Äußerungen im Rahmen des Interviews als auch an deren Auswertung Validitätsforderungen gestellt. Voraussetzungen für einen hohen Wahrheitsgehalt der Aussagen im Interview können beispielsweise eine gute Kenntnis der anzusprechenden Themen seitens des Interviewers sowie die Herstellung einer offenen, zwanglosen

Atmosphäre sein. Für eine Validierung der Datenanalyse empfehlen sich Diskussionen der Ergebnisse mit anderen Forschern oder dem Interviewten selbst.

Reliabilität

... bezeichnet die Genauigkeit, mit der eine Methode ein Merkmal misst (Arnold, 1997, S.1879). Da ein Interview stark von situativen Bedingungen beeinflusst wird (aktuelle psychische Konstitution des Interviewten, zeitlicher und räumlicher Rahmen des Interviews etc.), ist die Zuverlässigkeit der Aussagen wahrscheinlich sehr differenziert zu bewerten. Als ein Gütekriterium erscheint die Reliabilität deshalb eher ungeeignet – mögen auch einige (vermutlich oft reflektierte) Aussagen eine gewisse zeitliche Konstanz aufweisen.

Objektivität

... steht für die Unabhängigkeit des Verfahrens von der Person des Untersuchers (hier: Interviewers) und der spezifischen Situation, in der die Daten gewonnen wurden. Wie bereits oben dargestellt, können die situativen Einflüsse nicht kontrolliert werden - und somit ist die Forderung nach Objektivität unrealistisch. Ja, sie ist sogar „kontraindiziert“ steht doch gerade das subjektive Moment in der qualitativen Form der Sozialforschung im Vordergrund. Nach Lamnek (1988) sollten jedoch Verfahren und Forschungsprozesses transparent gemacht werden.

4.3.2. Homogenitätskriterien

Im Zusammenhang mit den Rückmeldungen und Interviewbestätigungen kristallisierte sich zunehmend heraus*, daß die Untersuchungsgruppe im Hinblick auf 4 Merkmale homogen sein würde:

1. Beruf: Psychologischer Psychotherapeut
2. Berufspraxis als Psychotherapeut**: jeweils weniger als 10 Jahre
3. Geschlecht: weiblich
4. Sozialisation: ostdeutsch

Obwohl angestrebt, konnte die Therapierichtung nicht kontrolliert werden und so nahmen an der Untersuchung sowohl tiefenpsychologisch orientierte Therapeutinnen, als auch Verhaltenstherapeutinnen und Analytikerinnen teil.

Wesentliches Unterscheidungsmerkmal hinsichtlich der Kontrollgruppe bildete der Beruf: hier wurden Psychologinnen aus dem Arbeits- und Organisationsbereich interviewt.

* Es war von der Autorin bereits vor Beginn der Untersuchung geplant, (zumindest) die Variable Geschlecht zu kontrollieren. Die Entscheidung für eine weibliche Stichprobe ergab sich dann aus der Tatsache, daß mehr Frauen ihre Interviewbereitschaft signalisierten als Männer.

** Hier: Berufspraxis als Psychologischer Psychotherapeut (inklusive Approbation)

5. Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchung umfasste zwei Teile:

- einen Fragebogenteil und
- einen Interviewteil.

Zwischen beiden Teilen gab es einen zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang: der Fragebogenteil ging dem Interviewteil nicht nur zeitlich voraus, sondern bereitete auch inhaltlich bereits den Interviewteil vor, stimmte auf Kommendes ein

1. Teil – Anschreiben und Kurzfragebogen

Anschreiben und Kurzfragebogen (siehe Anhang) dienten zunächst in erster Linie der Gewinnung von Interviewpartnern und waren erst in zweiter Linie im Sinne der Datenerhebung von Relevanz.

Im Anschreiben wurde kurz das Thema der Untersuchung benannt und um die Beantwortung des beiliegenden Fragebogens gebeten. Wie unter Punkt 4 erwähnt, sollten im Fragebogen eine Reihe soziodemographischer Daten und Aussagen zum Copingstil sowie zum Selbstbild erfasst werden. Am Ende des Fragebogens wurden dann die Interviewbereitschaft und – gegebenenfalls – die Telefonnummer (für die Vereinbarung eines Interviewtermines) erfragt.

Von ca. 60 angeschriebenen Psychotherapeuten bzw. Psychologen aus dem A & O Bereich aus dem Großraum Berlin, deren Adressen sowohl aus dem Internet als auch aus den Gelben Seiten entnommen wurden, sandten 24 den Kurzfragebogen zurück. 14 erklärten ihre grundsätzliche Interviewbereitschaft, insgesamt 9 Interviews kamen schließlich zu stande.

2. Teil – Interview

Insgesamt war die Interviewbereitschaft verhaltener als von der Autorin vermutet, was zum einen auf die Formulierung des Anschreibens sowie des Kurzfragebogens und zum anderen wohl auf das eng bemessene Zeitkontingent von Menschen, die einer selbstständigen Tätigkeit nachgehen, zurückzuführen ist. Für letzteren Umstand spricht beispielsweise, daß zwei der Interviews nur zustande kamen, weil sie vor der „eigentlichen“ Arbeit, nämlich um 7Uhr morgens, stattfanden. Vier weitere Interviews wurden nach der psychotherapeutischen Arbeit - in der Zeit nach 18 bzw. 19Uhr - durchgeführt.

Die Interviews fanden im Zeitraum von August 2001 bis November 2001 ausschließlich in den Praxisräumen der Therapeuten bzw. Psychologen statt, nur im Falle einer Psychologin aus dem A & O Bereich in deren Privatwohnung.

Die Gespräche wurden von seiten der Interviewerin mit einer kurzen Darstellung von Kontext und Anliegen der Befragung eröffnet. Dabei wurde auch die beabsichtigte Art der Gesprächsführung (offener Charakter des Interviews, Verwendung eines Leitfadens) dargelegt. Die Interviews wurden – nach Zusicherung personenbezogener Anonymität und Beantwortung datenrechtlicher Fragestellungen – auf Tonbandkassetten aufgezeichnet. Die Interviewdauer bewegte sich im Bereich von 50 und 150 Minuten.

Als *schwierige* Punkte in der Interview-Durchführung stellten sich vor allem folgende heraus:

- Es erwies sich als recht kompliziert, sich einerseits – wie (theoretisch) gefordert – flexibel an die jeweilige Kommunikationsstruktur anzupassen, spontan zu interagieren und andererseits die Themen des Leitfadens immer im Blick zu haben. Allerdings wurde mit der wachsenden Zahl der absolvierten Interviews die Souveränität im Umgang mit dem Leitfaden größer und dies kam natürlich dem spontanen Element in der Interaktion zugute.
- Die Ausführlichkeit der Behandlung der Themen des Leitfadens differierte von Gesprächspartner zu Gesprächspartner mehr oder minder stark, d.h. daß die im Auswertungsprozess zu vergleichenden Daten von unterschiedlicher Quantität (und möglicherweise auch Qualität: oberflächliche versus tiefergehende) sein werden.
- Natürlich war de facto in jedem Interview ein Kompetenzgefälle vorhanden. Allerdings gab es nur ein Interview, wo das Gespräch von der Interaktion der interviewten Psychologin derart stark dominiert wurde, daß die Interviewerin eher gehemmt denn spontan auf die Interviewsituation eingehen konnte.

Am Ende des Interviews wurden die befragten Psychologen um eine kurze Rückmeldung gebeten. Dabei zeigten sich alle interviewten Psychologen sehr angetan über diese Möglichkeit der Selbstreflektion.

Die Gesprächsatmosphäre wurde zumeist als angenehm empfunden.

6. Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden zunächst die *Informationen aus den Kurzfragebögen* referiert und Bezüge zu entsprechenden Aussagen der aktuellen Forschung (vergleiche Punkt 2) hergestellt.

Nach einer Passage mit *Porträts* einiger der interviewten Psychologen schließt sich die *vergleichende Auswertung der Interviews* – unter weitgehender(*1) Anwendung der unter 4. diskutierten Methoden des Zirkulären Dekonstruierens und der Komparativen Kasuistik - an.

6.1. Ergebnisse der Fragenbogenstudie

Von den ca. 70 verschickten Fragebögen erhielt ich bis zum Zeitpunkt der Auswertung 24 zurück. Ich unterzog die Bögen zunächst einer *Grobanalyse* (A) und wandte mich anschließend *speziellen Inhalten* (B) zu.

Im Rahmen der *Grobanalyse* (A) erfasste ich sowohl die *soziodemographischen Daten* (1. Teil - siehe Anhang 3) als auch den *Ausbildungs- und Berufsverlauf* (2. Teil - siehe Anhang 3).

Was ist festzustellen?

Es antworteten 17 weibliche und 7 männliche Psychologen, von denen 21 hauptsächlich psychotherapeutisch und die restlichen im A&O-Bereich bzw. als Verkehrspsychologen tätig waren.

Es überwogen deutlich die verheirateten Psychologen (15) gegenüber den geschiedenen (7) und den ledigen (2). Auffallend: es waren ausschließlich Psychologinnen, die geschieden waren.

16 der Psychologen hatten (insgesamt 28) Kinder, 8 waren kinderlos.

Von den psychotherapeutisch tätigen Psychologen konnten 11 eine abgeschlossene Verhaltenstherapieausbildung angeben, 10 eine tiefenpsychologisch orientierte, 6 eine psychoanalytische Ausbildung und 7 besaßen Abschlüsse weiterer Therapieverfahren (z.B. Psychodrama) – Mehrfachnennungen waren hierbei möglich.

Inhaltlichen Aspekten wandte ich mich dann in einem 3. Teil (siehe Anhang 3) zu. In diesem Teil verglich und systematisierte ich die einzelnen Antworten zu eigenen bzw. (an Kollegen) beobachteten psychopathologischen Auffälligkeiten (kurz: Symptomen) sowie zum Umgang mit Beratungs- und/oder Behandlungskrisen und zum Reproduktionsstil.

Mein Augenmerk galt dabei zunächst den Darstellungen ausgewählter Symptome.

In den Fragebögen hatte ich bewusst nach *Depressivität, Suizidalität und Abhängigkeitserkrankungen* gefragt. In der Literatur (siehe Punkt 2) war wiederholt konstatiert worden, daß Psychologen im Vergleich zu den meisten anderen Berufsgruppen gefährdeter wären, an einer Abhängigkeitserkrankung und/oder an Suizidalität zu leiden. Am unglaublichsten fand ich jedoch den wiederholt dargestellten Befund, daß ca. zwei Drittel der Psychologen mindestens eine depressive Episode erleben würden. Schließt sich die Frage an: zieht der Psychologenberuf Leute mit einer bestimmten Vulnerabilität bzw. Disposition an – oder erhöht der Beruf das Krankheitsrisiko? Sicher eine interessante Frage für eine Langzeitstudie ...

(*1) Wie unter Punkt 4 bereits erwähnt, schafft das (v.a. zeitliche) Korsett einer Diplomarbeit Probleme bei der Anwendung zeitintensiver Methoden. Und so *orientierte* sich die Autorin an den Methoden, nahm sich aber auch die Freiheit den orthodoxen Weg - teilweise - zu verlassen.

Wie sehen die Ergebnisse im einzelnen aus?

Nur jeweils ein Psychologe berichtete von eigener Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit. Eigene Suizidalität wurde nicht angegeben. Allerdings bemerkten immerhin ein Fünftel, der befragten Psychologen Alkoholabhängigkeit und Suizidalität bei Kollegen (Psychologen), 2 der Befragten gaben an, Drogenabhängigkeit (*2) bei anderen (Psychologen) erlebt zu haben. Am bemerkenswertesten empfand ich jedoch die Antworten auf die Frage nach eigener bzw. beobachteter Depressivität: auch in dieser Untersuchung bestätigte sich, daß (fast) zwei Drittel (62,5%) bereits Depressivität bei Kollegen (Psychologen) erlebt hätten und mit 58,3% immerhin weit mehr als die Hälfte der Psychologen berichteten, selbst depressiv gewesen zu sein.

Die oben angeführten Symptomatiken bzw. Erkrankungen besitzen alle eine bedeutende psychischen Komponente. Und da neben den Beziehungen zu signifikanten anderen auch die Arbeit einen großen Einfluß auf die psychische Gesundheit hat, befragte ich die Psychologen auch nach Ihrer „Psychohygiene“: nach Ihrer Art und Weise des Umgangs mit krisenhaften Situationen im Beruf (*3) sowie nach ihrer burn-out-Prophylaxe (*3).

Zunächst zum Umgang der Psychologen (*4) mit Beratungs- bzw. Behandlungskrisen. Als das Mittel der Wahl bei der Bewältigung von bzw. dem Umgang mit krisenhaften Arbeitssituationen stellen die befragten Psychologen den Austausch mit Kollegen mit (15 Nennungen; 62,5%) oder ohne (10; 41,67%) Supervisor dar. Ein Fünftel der Psychologen vertraut sich auch dem Ehepartner(*5) an. *Insgesamt verzeichnet der Punkt „Reflektion (der Krise) mit Hilfe anderer“ 26 Nennungen.* Als Strategien, welche selbstständig mit dem Ziel der Überwindung der Krise angewandt werden, wurden verstärktes Literaturstudium (2), Fortbildung (1), ein konstruktiver Umgang (1) sowie erhöhte Sorgfalt in der Arbeit (1) angegeben. Als weitere Möglichkeiten, mit einer Beratungs- oder Behandlungskrise umzugehen wurden neben Selbstreflektion (3) und Erholung (1) auch defensive Strategien wie Rückzug (1), Zweifel am Beruf (1) und Selbstzweifel (1) erwähnt. Für (erstaunlicherweise!) nur einen Psychologen stellt auch ein Beratungsabbruch eine Variante des Umgangs mit Krisen dar.

Welche Strategien verfolgen nun die befragten Psychologen, um sich psychisch und physisch fit zu halten sowie dem burn-out (*6) vorzubeugen? Die Antworten mit den meisten Nennungen waren: Sport (10 Nennungen), Familie (7), Freunde (5), nicht zu viel arbeiten (5) und Urlaub (5).

(*2) Eventuell ist die geringe Zahl der Drogenabhängigen dadurch „verzerrt“, daß ein Großteil der Antworten von Psychologen mit einer DDR-Sozialisation stammen.

(*3) Bei beiden Fragen hatte ich die zentralen Themen der Arbeit – autogenetische Momente, Selbststeuerungsmechanismen – im Blickpunkt.

(*4) Bei diesen Bewältigungsstilen ist zu beachten, daß 21 der 24 befragten Psychologen ganz- oder halbtags psychotherapeutisch arbeiten. Da allerdings nicht alle der Befragten Psychotherapeuten sind, verwende ich weiterhin die Bezeichnung Psychologen.

(*5) In den von mir durchgeführten Interviews waren 3 der Ehemänner Psychologen bzw. Ärzte. Bei diesen „Abendbrottischgesprächen“ kann es sich deshalb durchaus auch um Gespräche unter „Kollegen“ handeln.

(*6) Das burn-out stellt besonderes in den sog. Helfer-Berufen ein hohes Berufsrisiko dar. Wolfgang Schmidbauer widmet diesem Phänomen sein aktuelles Buch: „Helfersyndrom und Burnout-Gefahr“, Urban & Fischer, 2002.

Gruppiert man die Antwortitems nach inhaltlichen Aspekten, so ist festzustellen, daß die Psychologen den *körperlichen Ausgleich* am meisten (17 Nennungen) bevorzugen. (*7) Da dieser Ausgleich nicht nur der körperlichen Fitness dient, sondern auch bekanntermaßen dem Spannungsabbau, dürfte diese Form der Reproduktion in der Regel auch der psychischen Fitness sehr gut tun.

Das *Aufgehobensein in einem sozialen Netz*, die Kommunikation mit den signifikanten anderen, sprich Partnern, Familienmitgliedern oder Freunden, bildet ein weiteres wichtiges Moment (15 Nennungen) in der Stabilisierung der psychischen Gesundheit der Psychologen. Der tägliche Umgang mit Menschen, deren Lebensgeschichten, Ansichten und Werten stellt natürlich den Psychologen mit seiner Lebensgeschichte, seinen Ansichten und Werten permanent in ein Spannungsfeld, in welchem er sich immer wieder neu seiner selbst versichern bzw. sich selbst definieren muß. Das bedingungslose Angenommensein und die Kommunikation mit den vertrauten Menschen können diese Verunsicherung (auf ein gesundes Maß) einzugrenzen helfen.

Sich selbst als Individuum (wieder) wahrzunehmen, „den Kopf frei zu machen“ dienen die Aktivitäten der Gruppe *„Nachgehen von Interessen“* mit ebenfalls 15 Nennungen. Allerdings scheinen hier noch viele Reserven zu liegen: wiederholt wurde formuliert, daß „man“ sich vorgenommen habe, in Zukunft mehr zu unternehmen. Ob bei der bis dato Nicht-Umsetzung dieser Wünsche nach mehr Beschäftigung mit Hobbies bzw. Nachgehen von Interessen der Mangel an Zeit, die (psychische) Erschöpfung oder andere Gründe eine Rolle spielten, konnte hier nicht hinterfragt werden.

An 4. Position (14 Nennungen) wurden von den befragten Psychologen Möglichkeiten aufgezählt, den *Arbeitsprozeß stressfreier* bzw. *befriedigender* (auch hinsichtlich der Erfolgsquote) gestalten zu können. Neben der oft genannten Absicht „nicht zu viel arbeiten“, stehen auch die fachliche Weiterbildung inklusive Supervision und die Klientenauswahl bzw. die Distanzwahrung zu den Klienten im Fokus der Aktivitäten, die sich um den unmittelbaren Berufsprozeß gruppieren. (*8)

„Abschalten“: so scheint das wichtigste Motiv der 5. und 6. Gruppe von Aktivitäten zum Erhalt der seelischen Gesundheit zu lauten. Dabei bilden Urlaub und Reisen mit 10 Nennungen und das prononcierte Sich-Gönnen und Genießen *arbeitsfreier Zeit* (8 Nennungen) zusammen eine der meistgenannten Varianten des Erhalts psychischen Gesundheit.

Sich selbst immer wieder neu entdecken oder zu definieren könnte wohl eine mögliche Motivation sein, eines der Items – wie beispielsweise Abenteuer und Rauscherfahrten – der 7. Gruppe anzugeben.

Last but not least bemerkten zwei der befragten Psychologen, daß sie insgesamt wohl zu wenig „auf sich achten“. Ein Eingeständnis, daß bei vielen der Interviews mehr oder minder ausgesprochen im Raume stand. Nicht, das „man“ gar nichts unternahm, doch angesichts des oben beschriebenen Berufsrisikos (burn out) schien vielen Interviewten doch auch klar zu sein, daß sie eigentlich mehr für sich tun müssten.

(*7) Inwiefern dies nur für diese Berufsgruppe oder – möglicherweise – auf viele der Menschen, die ihren Beruf vorwiegend sitzend ausüben, zutrifft, kann hier nicht untersucht aber als eine mögliche Relativierung der Spezifik angemerkt werden.

(*8) Ausgehend von Schmidbauer („Hilflose Helfer“ etc.) vermute ich, daß hier noch große Potentiale zur burn-out-Prophylaxe liegen. So kam beispielsweise in den Interviews mit den Psychotherapeutinnen zum Ausdruck, daß kaum Klienten abgelehnt oder weiterverwiesen werden.

Nachdem ich nun einige der wichtigsten Aspekte der Gesamtauswertung der Fragebögen referiert habe (weiteres siehe Anhang 3), möchte ich nun noch kurz einige spezifische Ergebnisse (B) darlegen.

Um die Antworten der Psychologen auf Verallgemeinerbarkeit (*9) versus Spezifik hin zu untersuchen, sind sicherlich verschiedene Gruppierungsvarianten möglich. So wären Einteilungen der Psychologen, die den Fragebogen beantwortet zurückgesandt hatten, beispielsweise hinsichtlich Therapierichtungen, Geschlecht und Sozialisation möglich gewesen. Ich entschied mich hier für die *Gruppierung nach dem Alter und der Profession* (Psychotherapeut versus Nicht-Psychotherapeut), wobei ich auch unterstellte, daß das Item Alter mit dem Item *Berufserfahrung* (i.d.R.) korrespondiert.

Insgesamt bildete ich so 4 Gruppen: 3 Psychotherapeuten-Gruppen (G1 – G3), eingeteilt in die unter 40jährigen, die 41 bis 49jährigen sowie die 50 bis 55jährigen (*10) und eine Nicht-Psychotherapeuten-Gruppe (G4), welche die Altersspanne vom 40 bis zum 55.Lebensjahr umfasste (*11).

Zunächst:

Abgesehen davon, daß die Psychologen aus dem A & O-Bereich ausnahmslos verheiratet waren, die über 50jährigen Psychotherapeuten, den höchsten Prozentsatz an Verheirateten und die Therapeuten zwischen 40 und 49 den höchsten Prozentsatz an Geschiedenen (gleichzeitig aber auch an Kindern) aufwiesen, überwogen in allen Alterskategorien – allerdings jeweils nur knapp – die Vertreter der psychodynamischen Therapien (PA, TP) gegenüber der Zahl der Verhaltenstherapeuten. Selbst ein A&O-Psychologe gab an, eine PA-Ausbildung absolviert zu haben.

Welche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Items des Fragebogens existieren nun im einzelnen?

Symptomatiken/Erkrankungen:

Gemeinsam ist allen 4 Gruppen, daß von eigener Depressivität berichtet wird und Depressivität sowie Suizidalität bei anderen Psychologen bereits erlebt wurde.

Unterschiedlich sind die Quantitäten: so berichtet in der Gruppe der Nicht-Therapeuten (kurz: G4) nur ein Psychologe davon, eine Depression erlebt zu haben (33%), in der Gruppe der Psychotherapeuten zwischen 40 und 49 Jahren (kurz: G2) erwähnen 4 Personen, daß sie (mindestens) einmal depressiv waren (40%), in der Gruppe der Psychotherapeuten unter 40 Jahren (kurz: G1) schildern 2 Therapeuten eigene Depressivität (50%) und den größten Anteil von Personen, die eine (oder mehrere) depressive Phase(n) erlebt haben, weisen – erwartungsgemäß – die Psychotherapeuten zwischen 50 und 55 Jahren (kurz: G3) mit 62,5% auf.

Erwartungsgemäß deshalb, weil anzunehmen ist, daß sich mit der Lebensspanne auch die Möglichkeit, an einer (seelischen oder somatischen) Krankheit zu leiden, wächst. Nicht erwartungsgemäß in diesem Sinne ist allerdings, daß die Depressivität in G2 kleiner als in G1

(*9) Natürlich kann hier angesichts der Zahl der Versuchspersonen nur von – vorsichtigen - Trends und keinesfalls von repräsentativen Aussagen die Rede sein.

(*10) Der Altersrange umfasste 21 Jahre und reichte vom 34. Lebensjahr bis zum 55. Lebensjahr.

(*11) Da es leider nicht genug Rücklauf von Nicht-Therapeuten gab, existiert hier nur eine Gruppe, die wegen des größeren Altersranges sicher keine „echte“ Vergleichsgruppe darstellt, wegen der zum Teil interessanten Aussagen jedoch trotzdem hier angeführt werden soll.

ist (sprich: bei den jüngeren höher als bei den älteren). – Siehe hierzu (*9).

In diesem Punkt am insgesamt gesündesten schildern sich die Nicht-Therapeuten. Dies kann u.a. möglicherweise auf zwei Ursachen zurückzuführen sein: 1. die Eigenwahrnehmung der Nicht-Therapeuten ist nicht so geschult wie die der Therapeuten, sprich: eigene depressive Episoden werden nicht als solche wahrgenommen oder 2. die Arbeit als Nicht-Therapeut birgt weniger Gefahr, eigene seelische Krankheiten zu entwickeln - vergleiche hierzu Michael von Rad's Anmerkungen zur Gefahr des „second-hand-Lebens“ von Therapeuten (*12).

Von eigener Alkoholabhängigkeit und Drogengebrauch berichtet nur jeweils ein Therapeut aus der Gruppe G3.

Insgesamt wurden - in allen Gruppen - bei anderen Psychologen weitaus mehr Symptomaten bzw. Erkrankungen erlebt als bei sich selbst.

Wie oben dargestellt berichten Psychologen aus allen Gruppen übereinstimmend, bereits Depressivität und Suizidalität bei Kollegen festgestellt zu haben.

Hier unterscheiden sich wieder nur die quantitativen Aussagen: In der Tendenz gehen die Aussagen der Psychotherapeuten in dieselbe Richtung wie die Aussagen zur eigenen Depressivität: G2 mit dem geringsten Erleben fremder Depressivität (30%), gefolgt von G1 (50%) und G3 (87,5%), im Falle von G3 heißt das, daß 87,5%, d.h. 7 von 8, der befragten Psychotherapeuten andere Psychologen depressiv erlebt haben.

2 von 3 der befragten Nicht-Therapeuten (G4) schildern, eine Depression bei psychologischen Kollegen erlebt zu haben.

Alkoholabhängigkeit bei Kollegen beobachtet zu haben behaupten jeweils 1 (G1, G4) bzw. 2 (G3) Psychologen, nur die Therapeuten der Gruppe G2 scheinen keine alkoholabhängigen Kollegen zu kennen.

Im Gesamtvergleich schildern die Psychotherapeuten der Gruppe G3 die meisten Symptome bzw. Erkrankungen, die sie bei sich oder bei anderen (Psychologen) wahrgenommen bzw. erlebt haben. Dies scheint – wie oben bereits erwähnt – auf Grund der längsten Berufskarriere nachvollziehbar (ja: erwartungsgemäß) zu sein.

Umgang mit Beratungs- oder Behandlungskrisen:

In *quantitativer* Hinsicht schildern die jüngsten (und unerfahrensten) Therapeuten (G1) das relativ breiteste Spektrum an Möglichkeiten, wie sie mit krisenhaften Situationen im Beruf umgehen, wobei der vergleichsweise hohe Anteil defensiver Verhaltensstrategien (hier: Selbstzweifel, Zweifel am Beruf, Rückzug) ins Auge fällt. Letztere Tatsache ist eventuell darauf zurückzuführen, daß diese noch nicht sehr erfahreneren Therapeuten im Falle einer

(*12) „*Es ist meine Überzeugung, daß 'Psychotherapie als Beruf' eine besondere Verführung und einen spezifischen Sog enthält, die schützenden Konturen des 'eigenen Lebens' zugunsten einer schleichenden Vermischung mit der uns anvertrauten inneren und äußeren Ereignisszenarie unserer Patienten langsam zu verlieren. Meinem Eindruck nach bewegen sich deshalb nicht wenige Psychotherapeuten in einer persönlichen Wirklichkeit, deren emotionaler Haushalt und Erlebniswelt den fremdgespeisten, geliehenen Charakter ihres Lebens deutlich erkennen lässt. Ohne den Schutz eines eigenen Wurzelgrundes, der die unvermeidliche Distanz zum anderen erträglich und fruchtbar macht, leben sie immer mehr 'second hand' - und sind so in hoher Gefahr, sich selbst in fremde Leben zu verlieren. Die Folgen sind für beide Seiten verheerend.*“ von Rad in „Psychologie heute“, 1/1997, S. 37.

Krise weniger distanziert die Situation realisieren und (noch) eher geneigt sind, in diesen Fällen internal zu attribuieren, sprich ihre noch geringe Berufserfahrung lässt sie in Krisensituationen eher an ihren eigenen (fachlichen oder menschlichen) Fähigkeiten zweifeln als dies bei erfahreneren Kollegen der Fall ist.

Die Nicht-Therapeuten (G4) scheinen die *vergleichsweise geringste Zahl von Copingstrategien* (*13) anzuwenden. Sie lassen sich entweder von externen Psycho-Profis (3 Nennungen) und/oder von Kollegen (1 Nennung) beraten oder entscheiden sich im Krisenfall für einen Behandlungsabbruch (1Nennung).

Wie sehen nun die Spezifika der Gruppen G2 und G3 aus, die sich hinsichtlich der Variantenvielfalt im Umgang mit Krisen im Mittelfeld – zwischen den Extremen G1 und G4 – bewegen?

G2: Wie in allen der vier Gruppen suchen die Therapeuten der Gruppe 2 in Krisensituationen in erster Linie auch Hilfe im Rahmen von Supervision (8 Nennungen) und Intervention (4 Nennungen).

Als weitere Strategien im Umgang mit krisenhaften Situationen nennen die Therapeuten das Bemühen um Kompetenzzuwachs (Fortbildung, Fachliteratur – jeweils 1 Nennung) auf der einen Seite und die verstärkte Analyse bzw. Verbesserung der eigenen Arbeit (Fehlersuche, Achtsamkeitserhöhung – jeweils 1 Nennung) auf der anderen Seite. Werden – im Gegensatz zur Gruppe G1 – im Krisenfall keine Zweifel mehr laut (d.h. im Fragebogen benannt), so merkt doch immerhin noch ein Therapeut der Gruppe an, daß Krisen „nagen“ können.

G3: Interessant ist, daß die Therapeuten dieser Gruppe sich relativ (Verhältnis Nennungen – VP-Zahl der Gruppe) die *meiste Hilfe von anderen* (12 Nennungen) holen. Auch hier stellt die Supervision (5 Nennungen) die Methode der Wahl in Krisensituationen dar.

Interessanterweise tauschen sich in dieser Gruppe die Therapeuten dann in der Rangfolge häufiger mit ihrem Partner (4) als mit Kollegen (2) aus. Zweifel werden auch in dieser Gruppe nicht mehr im Rahmen der Befragung benannt, es scheint ein souveräner, konstruktiver (1Nennung) Umgang mit Krisensituationen im Laufe der Berufskarriere gefunden worden zu sein.

Burn-out-Prophylaxe/Ressourcenmanagement

Insgesamt nur 5 Möglichkeiten zur Burn-out-Prophylaxe (kurz: BOP) bzw. eines effektiven und „nachhaltigen“ Umganges mit den eigenen Ressourcen (kurz: RM) benennen die Nicht-Therapeuten (G4) und resümieren - was der Leser der Antworten bereits ahnen kann - , daß sie auf diesem Feld wohl „zu wenig“ (für sich) tun. Interessant ist weiterhin die Tatsache, daß 2 der 5 Möglichkeiten berufsfeldorientiert sind. Diese Tendenz wie auch der zunächst erwähnte geringe gedankliche Spielraum bezüglich BOP/RM könnten auf eine starke inhaltliche und/oder zeitliche Ausrichtung auf den Beruf verweisen, allerdings tragen diese Vermutungen nur spekulativen Charakter, da sie hier nicht verifizierbar sind.

(*13) Copingstrategien (oder Bewältigungsstrategien) verwende ich hier (weitestgehend) synonym für Strategien des Umgangs mit (Beratungs- oder Behandlungs-) Krisen.

Deutlich mehr Varianten hinsichtlich BOP/RM sehen die Therapeuten.

So verzeichnet dieser Punkt in den Gruppen G1 bis G3 von minimal 15 (G1) bis maximal 37 (G3) Nennungen. Interessant ist hier wieder die Tatsache, daß relativ, d.h. Anzahl der Nennungen dividiert durch die Zahl der Gruppenmitglieder, nicht die jüngsten Therapeuten (G1) die wenigsten sondern die Therapeuten der Gruppe G2 und die ältesten Therapeuten (G3) die meisten Möglichkeiten sehen.

Wie sieht nun die *Struktur* dieser Möglichkeiten bezüglich der Burn-out-Prophylaxe und der Ressourcenmanagements im einzelnen aus?

G4: Die starke *Berufsfeldorientierung der Nicht-Therapeuten* wurde oben bereits erwähnt. Gibt es ähnliche Tendenzen in den andern Gruppen?

G1: Von den 15 Nennungen beziehen sich hier ein Drittel mehr oder minder auf das Berufsfeld. Erwähnt werden hier insbesondere (erneut) die Supervision (2 Nennungen) und die (zeitliche) Begrenzung der Arbeit (2 Nennungen). *Umgang und Kommunikationen mit signifikanten anderen*, sprich: Freunden, Familienmitgliedern, Partnern (4 Nennungen) sowie dem *Nachgehen eigener Interessen* (6 Nennungen) stellen für die Gruppe der jüngsten Therapeuten die wichtigsten „burn-out-Gegenmittel“ dar.

G2: Von den 24 Nennungen beziehen sich in dieser Gruppe nur noch ca. ein Fünftel auf die unmittelbare Arbeit, auch hier verzeichnet beispielsweise noch die Variante Abgrenzung durch (zeitliche) Begrenzung noch 2 Nennungen. Freunde und Familie werden als BOP/RM-Möglichkeiten zwar auch erwähnt (4 Nennungen), liegen aber noch hinter dem *Nachgehen eigener Interessen* (8 Nennungen) und dem *Nehmen beruflicher Auszeiten* (Urlaube etc., 5 Nennungen). Angesichts dieser Zahlen könnte man vermuten, daß in dieser 2. Phase des Berufes, in dem sich die Therapeuten dieser Gruppe - i.d.R. - befinden, in der Phase der Etablierung, wieder mehr Zeit für eigene Interessen aufgewandt und eventuell – in Abgrenzung zum Beruf – auch bewusst genommen wird.

G3: Auf das scheinbar *größte Repertoire* an BOP/RM (37 Nennungen) können die ältesten und (somit die i.d.R.) berufserfahrensten Therapeuten zurückgreifen. Sieht man davon ab, daß auch in dieser Gruppe zum „Ausspannen und Auftanken“ in erster Linie den eigenen Interessen nachgegangen wird (10 Nennungen) und der Familie – inklusive Freunden - (4 Nennungen) in dieser Hinsicht eher eine Nebenrolle zukommt, so sind doch – im Vergleich zu den Gruppen der jüngeren Therapeuten (G1/G2) – folgende zwei Tatsachen bemerkenswert: zum einen nimmt die Bedeutung von *arbeitsfreier Zeit* (hier: Urlaube, Reisen, lange Wochenenden) deutlich zu (9 Nennungen) und zum anderen scheinen *sportliche Aktivitäten* (7 Nennungen) in dieser Gruppe eine weitaus wichtigere Rolle als bei den beiden anderen Gruppen zu spielen. Daß als BOP/RM-Möglichkeiten auch Abenteuer und Rauscherfahrungen angegeben werden unterstreicht das Bild von dem im Beruf gesattelten Therapeuten, der sich (nach langen Arbeitsjahren nun wieder) Zeit und Muße nimmt und sich auf sich selbst besinnt, seinen Interessen (verstärkt) nachgeht und – angesichts der nicht mehr so fernen Endlichkeit der Berufslaufbahn – seine Aufmerksamkeit eher berufsfernen Feldern zuwendet. Diese Schlüsse tragen natürlich spekulativen Charakter, könnten aber aus all den Nennungen dieser Gruppe – unter dem Aspekt BOP/RM – gezogen werden.

Selbstbild

Natürlich war angesichts eines die Individualität des Einzelnen fördernden Berufes *nicht davon auszugehen*, daß die den Beruf Ausübenden ein sehr homogenes Selbstbild haben würden.

Trotzdem gab es viele Überschneidungen insbesondere in den Selbstbildern der Therapeuten; der Begriff „Begleiter“ tauchte sogar in allen 4 Gruppen auf.

Gemeinsam ist allen Therapeutengruppen, daß eine Zahl von Selbstbildern (Berater, Coach, Helfer etc.) den Therapeuten eher als Experten und den Beratungsprozeß *eher hierarchisch* beschreiben, wo hingegen sich andere Therapeuten *eher auf „Augenhöhe“* sehen (Begleiter, Mitmensch etc.).

In allen drei Gruppen überwiegen – wie erwartungsgemäß (*14) auch bei den Nicht-Therapeuten – die Selbstbilder, die von einem (fachlichen) Gefälle ausgehen, sprich: *der „Berater“ dominiert den „Mitmenschen“*.

Interessant wäre es wohl zu untersuchen, ob die Ratgeber- oder Beraterrolle, deshalb gesucht wird, weil sie es erstens dem Psychologen ermöglicht, sich auf sein Expertenwissen zu berufen bzw. zu verlassen oder weil sie wohl zweitens auch eher narzisstische Gratifikation gewährt oder drittens weil sie mittels der Distanz (Stichwort Hierarchie) allzu heftiges „Mit-Leiden“ verhindern kann.

Oder aber kommt der Therapeut hier nur dem Bedürfnis der Klienten nach dem „an-die-Hand-genommen-werden“ (siehe Punkt 2) entgegen?

Unübersehbar ist, daß sich die Therapeuten schon *sehr intensiv* mit ihrer Funktion bzw. Rolle auseinandergesetzt zu haben scheinen: nur selten werden so „simple“ Selbstbilder wie „Berater“ oder „Begleiter“ genannt, oft dagegen liest man kreativere Selbstzuschreibungen, wie beispielsweise „unterstützender Katalysator“, „Verstörer“, (beide G1), „Schatzsucher“, „Entzerrspiegel“ (beide G3).

Daß der Therapeutenberuf nicht nur ein lust- sondern manchmal wohl auch ein „frust-betonter“ Beruf sein kann, widerspiegeln folgende Selbst-Einschätzungen: „Lückenbüßer für Defizite“, „Mülleimer und Abtreter“ (beide G2) sowie „Prostituierte im seelischen Bereich“ (G1).

Insgesamt beweisen die Selbstbilder – wie oben bereits bemerkt – daß der Beruf des Psychologen im allgemeinen *zur Selbstreflektion einlädt*, ja im Falle der Spezialprofession „Psychotherapeut“ wohl dazu *zwingt*.

(*14) „Erwartungsgemäß“, weil sie als Anbieter/Verkäufer psychologischen know hows den Austauschprozess inhaltlich steuern und kontrollieren können.

Kurzfragebogen - FAZIT:

I.d.R. konstruktiver Umgang mit Beratungs- und/oder Behandlungskrisen mit – in Korrespondenz zur Zahl der Berufsjahre - zunehmender Orientierung auf Super- und Intervention.

I.d.R. breites Spektrum bezüglich der „burn-out-Prophylaxe“ bzw. des Ressourcenmanagements: soziale Netze/Kommunikation, Nachgehen eigener Interessen, arbeitsfreie Zeiten bewusst planen und nutzen, Evaluation und Optimierung des Arbeits- (sprich Therapie-) Prozesses.

(I.d.R. insgesamt intensivere Auseinandersetzung mit den Arbeits- und Reproduktionsprozessen sowie der eigenen Rolle im Beruf seitens der Therapeuten – im Gegensatz zu den Nicht-Therapeuten.)

All diese Aktivitäten und Strategien sollten nun eigentlich eine gewisse physische und psychische Fitness zur Folge haben und erklären keinesfalls die hohe Depressivitätsrate sowie die anderen im Rahmen der Stichprobe benannten Symptomatiken.

Sollte hier das alte Konzept, daß der Beruf des Psychologen (wie auch des Psychiaters) Menschen mit einer bestimmten Disposition, einer bestimmten Geschichte anzieht, zum tragen kommen oder birgt der Beruf (insbesondere des Psychotherapeuten) ein besonders hohes Risiko, psychisch oder psychosomatisch zu erkranken? Für beide Thesen existieren in der Literatur (siehe Punkt 2) gewisse (aber nicht generalisierbare) Belege.

Letztendlich kann im Rahmen dieser Arbeit über die Ursachen der oben genannten Diskrepanz zwischen (psychohygienischem) Wissen und dem eigenen Gesundheitsstatus jedoch nur spekuliert (*15) werden.

(*15) Stichworte mit spekulativem Charakter: hohe Intensität und oftmals auch großer Umfang der Arbeit (Suchtcharakter der Arbeit), schwierige Abgrenzungsprozesse (Distanz zum Klienten), der Beruf bestimmt das Selbst zu großen Teilen (Identifikationsprozesse), die Deformation professionell als „Psycho-Experte“ mit eigenen psychischen Problemen „allein fertig werden“ zu wollen (Scham oder überzogene Ansprüche an sich versus Souveränität) usw.

6.2. Portraits interviewter Psychologen

Befragte: Frau R., 44 Jahre, Psychologin im A&O-Bereich

Ort: Berlin-Neukölln, Wohnung von Frau R.

Datum: 29.10.01, von 17.00Uhr bis 18.30Uhr

6.2.1. Die Missionarin

Weit weg vom Elternhaus zu sein – das war der ausschlaggebende Grund, ein Psychologiestudium zu beginnen. In der Nähe Ihres Wohnortes hätte R. so ziemlich alles studieren können, außer Psychologie und deshalb wählte sie genau dies Fach.

Kindheit

Aufgewachsen im Saarland *als mittleres von 7 Kindern*, von denen 2 bereits in jungen Jahren verstorben sind. R. wuchs – als drittes Mädchen in der Geschwisterfolge – als „*erstgeborener Sohn*“ auf. Sie fühlte sich in dieser Rolle bestimmten – nicht weiter spezifizierten – *Leistungsanforderungen* ausgesetzt.

Das charakteristische Moment der jungen R. war ihre *Frömmigkeit*. R. fühlte sich der Religion sehr zugewandt und war in dem Befolgen kirchlicher Riten und Gebote sehr genau bis dogmatistisch. Das drückte sich unter anderem auch darin aus, daß sie Freundinnen zum Glauben bekehren und selbst lange Zeit davon träumte, *Missionarin in Afrika* zu werden. Insgesamt waren Fragen der *Moral* („Was ist ein guter Mensch?“) für R. in ihrer Kindheit von enormer Brisanz.

Als Kind erinnert sich R. oft „draußen gespielt“, viel gelesen und *Klavier* gespielt zu haben. In der Schule sei sie „*ziemlich gut*“ gewesen und habe sich neben Musik vor allem für *Sprachen* interessiert.

Als außergewöhnlich beeindruckende Erlebnisse in ihrer Kindheit schildert R. vor allem *Todesfälle*. So den Tod ihrer zwei Brüder, obwohl nur einen davon als Kleinkind wirklich – aber auf Grund ihres Alters wohl eher vor- oder unbewußt – miterlebt hat, dann die Ermordung eines Nachbarkindes und schließlich erinnert sich R. noch gut, wie beeindruckt wie von der Ermordung Kennedys war.

Studium

Wie eingangs geschildert, traf sie die Entscheidung, Psychologie zu studieren in erster Linie mit dem Motiv, so weit wie möglich dem Elternhaus zu entfliehen. Und scheinbar zufällig war das Psychologiestudium das einzige, was man zu dem damaligem Zeitpunkt nicht im Saarland studieren konnte. Und so begann R. also ein Studium der Psychologie.

Zu Beginn des Studiums verband R. mit Psychologie vor allem „interessante zwischenmenschliche Kontakte“, Tätigsein im Sinne „*Florince Nightingales*“, „was Sinnhaftes machen“.

Nach einigen Semestern an verschiedenen westdeutschen Universitäten führte sie das Studium schließlich auch an die *FU Berlin*. Hatte sie das Studium bis dato entsetzlich *gelangweilt und verschult* empfunden, traf sie dort dann auf eine Reihe Gleichgesinnter, die unter der Leitung eines engagierten Professors ein Projekt zur praktischen Anwendung der Psychologie in Unternehmen und Organisationen planten und schließlich auch umsetzten. Dieses *Projekt* („ich wollte eigentlich nicht A&O machen, aber ich bin da so reingezogen worden“), was von der Kreativität und dem Elan der Studenten getragen wurde, und ein sechssemestriger *Kapitalkurs*, wo sie „gezwungen war, mich mit einem komplexen theoretischen Modell auseinanderzusetzen“, bezeichnet sie rückblickend als *Meilensteine in ihrem Verständnis der Psychologie*.

Und nur wegen dieser auf ihrer *Eigeninitiative* basierenden Studienbestandteile habe sie letztendlich „ganz gut studiert“.

Insgesamt findet sie das Psychologiestudium eher *reformbedürftig*: es würden weder basics vermittelt noch ein Grundverständnis, wie Menschen funktionieren. Auch gäbe es keinerlei Möglichkeiten zur Selbstreflektion: (aber -) „das tool ist man selber!“. R. konstatiert auch, daß das Studium (v.a. methodisch) hinter sich selbst zurückfällt. Und ihr bitteres Fazit: „*Das Studium ist durchgängig in sich bekloppt!*“.

Die von ihr während des Studiums absolvierten *Praktika im klinische Bereich* (Arbeit mit obdachlosen Kindern und in einem Kinderheim) fand sie eher „*abtörnend*“. Besonders fragwürdig empfand sie, daß „in ... professionellen Ansätzen ... elementare Dinge verloren“ gegangen“ wären, wie beispielsweise der rein menschliche Umgang mit den Klienten (hier: Kindern).

Berufsanfang

Nach erfolgreichem Studiumabschluß trat R. eine Stelle als *wissenschaftliche Mitarbeiterin* im Fachbereich *Soziologie* der FU Berlin an.

Im ersten Berufsjahr fühlte sie sich oft *auf dem Feld der Forschung* „überfordert“. Als den wesentlichen Grund führte sie dafür die „schlechte Grundausbildung“ im Rahmen des Psychologiestudiums an. Im nachhinein sah sie die Anstellung dann doch als „*Traumjob*“: sie konnte wissenschaftlich arbeiten und gleichzeitig Kinder bekommen, da die Möglichkeiten der *Zeiteinteilung an der Uni* „einfach ideal“ gewesen wären.

Nach ihrer Doktorarbeit *kreierte sie sich dann selbst* aus der – nach wie vor von ihr begleiteten – oben beschriebenen Projektarbeit heraus zunächst eine *ABM*- und später dann „ne richtige Stelle“. Der Arbeitsschwerpunkt des dann aus dem Projekt hervorgehenden und von ihr mitgegründeten Instituts lag und liegt noch heute auf dem Gebiet der betrieblichen Suchtprävention.

Berufsalltag

Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet R. zu 50% im Rahmen des *Instituts* und zu 50% als freie Beraterin im A & O-Bereich. Ihr Tätigkeitsspektrum als freier Beraterin bezeichnet sie selbst als „ganz bunt“, so bietet sie Trainings in den Bereichen Organisations- und Teamentwicklung sowie Konfliktmanagement an, begleitet bei der Implementierung von Kulturen und Leitbildern in Unternehmen und arbeitet als Coach. *Sie stelle sich eher „an die Seite der Leute“ statt zu intervenieren.*

Der Dokortitel erweise sich hier nicht nur als „door opener“, sondern insgesamt als eine wichtige Referenz: „man wird einfach nicht mehr für doof gehalten“.

Als Persönlichkeitseigenschaften, die sie für die Tätigkeit im A&O-Bereich prädestinieren führt R. *Extraversion*, eine gute *Wahrnehmung und Intuition* an. Allgemein sollte ein (erfolgreicher) A&O-Psychologe folgende Merkmale aufweisen: Kontaktfreude, die Fähigkeit, in komplexen Zusammenhängen zu denken, Schnelligkeit, Intuition und ein „bestimmtes Auftreten“, wozu durchaus auch Statussymbole gerechnet würden, da „in Firmen stark auf diese Symbole reagiert wird“.

Erfolg in der Arbeit sei ihr schon wichtig. Als Erfolgszeichen sieht R. positives Feedback an und wenn sie ein von ihr beratenes Unternehmen *weiterempfehle* und sie daraufhin von einem anderen Unternehmen nachgefragt würde.

Als das *Top-Berufsrisiko* sehe sie die Gefahr, „ne *narzisstische Störung* zu entwickeln“. Man müsse schon wirklich schlecht arbeiten, um keine Akzeptanz und Anerkennung zu bekommen. Die Bewusstmachung dieser narzisstische Verführung sei ihre Art sich davor zu schützen: „Ich mach`s mir bewusst und ich mach`s mir extrem bewusst – auch mit Kollegen“.

Misserfolge – Kritik – Zweifel

R. gibt an, „kein gutes Niederlagentraining“ zu haben. Bei Mißerfolgen „gehe (sie) sofort in die *Depression*“. Jede Form von Kritik nehme sie sofort persönlich. Allerdings: sei sie insgesamt schon „gnädiger“ mit sich geworden.

Zweifel an ihrer Kompetenz und Eignung habe sie – noch immer – „haufenweise, durchgehend, natürlich“. Entlastet von diesen Zweifeln und Komplexen haben sie die Aussagen zweier Personen. Zum einen der Zusppruch ihrer damals 7jährigen Tochter: „Mama, tu einfach Dein bestes – mehr kannst Du nicht.“ Und zum anderen der Rat eines Kollegen: „Du musst Dir die Chance geben, Dich zu blamieren, wenn Du Dich in diesem Beruf entwickeln willst“.

Reproduktionsphase

Sie Sorge insgesamt gut für sich, nutze *Supervision*, treffe *Freunde*, *musiziere* nach wie vor gern und unterhalte einmal im Monat einen „Salon“. R.: „(ich) mache ... ziemlich oft, was ich will“.

R. ist verheiratet und hat 3 Kindern im Alter von 13 bis 18 Jahren.

Einfluß von Beruf auf Privatleben

Der Beruf habe „*viel, sehr viel*“ *Einfluß* auf ihr Privatleben, erklärt R. Da sie beispielsweise „viel weg“ sei, fehle ganz einfach Zeit für „Freunde und stille Geschichten“. Auch finde sie, daß „es Freunde *schwer haben, mitzuhalten*“. Dabei sei es für die alltäglichen – hier auch familiären - Beziehungen besonders schwierig gegenüber dem „schillernden Job“ zu konkurrieren.

Die oben beschriebene berufliche Bestätigung (Stichwort: narzißtische Gratifikation) einerseits und der normale Umgang in einer Familie bzw. unter Eheleuten andererseits können ein Spannungsfeld bilden, auf das R. aber nur kurz verweist.

In der Summe läge ihre *Zufriedenheit* mit dem Beruf und ihrer derzeitigen Lebenssituation bei ca. 70%, wobei es insbesondere „im Privatleben ...besser aussehen“ könnte.

Berufliche Selbststeuerung

All ihre beruflichen Entscheidungen habe sie „*völlig selbstbestimmt*“ getroffen. Eine Art Karriereplanung habe sie „als Frau“ jedoch nicht durchgeführt – schienen ihr doch die Unwägbarkeiten in ihrem Leben im Vergleich zu denen ihren männlichen Kommilitonen bzw. Kollegen weitaus essentieller (Stichwort: Familienplanung). Und so habe sie eher *kurzfristige Ziele* angestrebt und sich nach Erreichen der einzelnen Ziele erneut orientiert.

In Anbetracht der zunehmenden Globalisierung – auch in ihrem (Beratungs-) Bereich spürbar – würde sie gern noch einmal ins Ausland gehen, nicht zuletzt um ihre (englischen) Sprachkenntnisse zu verbessern. Manchmal denke sie auch über einen „gemütlichen Job an einer Fachhochschule“ nach.

Insgesamt machte R. einen äußerst sympathischen Eindruck, gab sich aufgeschlossen, kompetent und trotz aller Erfolge doch auch noch zweifelnd.

6.2.2. Verkehrspsychologin

Befragte: Frau B., 59 Jahre, Verkehrspsychologin

Ort: Berlin-Schöneberg, Praxis von Frau B.

Datum: 26.03.02 von 17.00Uhr bis 18.30Uhr

Ich sollte immer vernünftig sein ...

Und da hab ich einfach ... mit 37 Jahren angefangen, Psychologie zu studieren.

Berufswunsch – Reaktivierung eines alten Wunsches

Frau B. hat nach dem Abitur zunächst 14 Jahre lang bis zur Geburt ihres zweiten Kindes als Inspektorin in der BfA gearbeitet.

„Dann bin ich aus dem Laden raus, weil’s also eine fürchterliche Arbeit war, die mich überhaupt nicht befriedigt hat.“

Danach habe sie dann im Rahmen von Werkverträgen von zu Hause aus weiter für die BfA gearbeitet. Ja, und *„irgendwann ging meine zweite Ehe auseinander und irgendwann stand ich vor der Frage ‘Was mach ich denn jetzt?’ ... Was würdest Du denn gerne machen, wenn Du allein auf Dich gestellt bist – BfA kam nicht mehr in Frage. Und dann tauchte dieser alte Wunsch wieder auf.“*

Dieser alte Wunsch bestand darin, irgendwann – vielleicht auch erst als Rentnerin - noch einmal Psychologie zu studieren. - *„Vielleicht solltest Du ja JETZT* Psychologie studieren. Und dann als Therapeutin arbeiten. Und dann hab ich also das versucht, in die Tat umzusetzen.“*

Nach Klärung aller Formalitäten, fing sie dann 1980 das Studium an der FU Berlin an, *„da war mein Sohn 4 und meine Tochter ... 13“*.

Kindheit: Das brave Mädchen

Als älteste von drei Schwestern wurde Frau B. sehr gefördert. Sowohl in kognitiver als auch in musischer Hinsicht übernahm insbesondere der Großvater, ein ehemaliger Schulleiter, die Aufgabe, ihre Begabungen zu entwickeln und ihren Leistungswillen anzuregen. Sie sei *„sehr, sehr gern“* in die Schule gegangen und *„war immer gut“*. Am Anfang habe sie *„viel ackern“* müssen - der Großvater habe sie in den ersten Monaten ihrer Schulkarriere *„sehr rangenommen“*, aber es habe dann auch *„Spaß gemacht, zu zeigen: ich kann das“*. Sie habe *„wahnsinnig gern“* gelesen, aber auch *„gerne rumgestromert“*.

Vom Wesen her sei sie *„sehr aktiv ... (und) expansiv“* gewesen *„und das weiß ich noch ist mir immer übel genommen worden – also das durfte ich nicht ... Ich müsste mich eben wie ein Mädchen verhalten“*. Für Bravsein gab es Lob, *„also ich durfte nie irgendetwas verrücktes machen“*. Und so habe sie sich sehr früh schon angepaßt und das brave Mädchen gespielt. Obwohl es ihr wohl schwer fiel: *„Ich glaube, wenn ich gekonnt hätte, wäre ich eine viel wildere Person gewesen. Ich war auch sehr mutig – das hat sich hachher so verloren ...“*.

* Die Großschreibung eines Wortes demonstriert die besondere Betonung dieses Wortes durch die Interviewte.

Wichtige Ereignisse: Flucht, Armut, Scheidung

Flucht aus einem bürgerlichen Zuhause in Pommern in den Kriegstagen über Schwerin nach Berlin und die bittere Armut der Nachkriegsjahre – insbesondere auch im Kontrast zur Wohlhabenheit ihrer Klassenkameradinnen – prägten und prägen das Erleben und Verhalten von Frau B. bis heute. Hinzu kamen die Scheidung der Eltern und der Tod des Großvaters in den Nachkriegsjahren.

Die Mutter hatte wegen der Ehe ihre Berufsausbildung nicht zu Ende gemacht, was sich nach der Scheidung als sehr problematisch erwies. Woraus ein „Lebensmotto“ formuliert wurde: *„Um Gottes willen keinen Kerl sich unterordnen. Und auf jeden Fall Ausbildung machen.“* Als Teenager habe sie noch davon geträumt, Schauspielerin zu werden. Aber, das habe sie sich *„gar nicht getraut“* anzugehen. Dem hätte allerdings auch ihr eigenes großes Bedürfnis nach Sicherheit, das sie in den Zeiten der Armut entwickelt hatte, entgegengestanden.

Studienwunsch = BfA + Paarpsychologie + Analytikerin

Zur Arbeit in der BfA resümiert Frau B.: *„Ich hab sehr schnell gemerkt, daß das für mich eigentlich tödlich war ... Ich konnte zwar auf Grund meiner Leistungsfähigkeit und Intelligenz das dort alles machen, aber ich hab mich da so unwohl gefühlt. Das war ein VERHASSTER Haufen von stinkigen Beamten und spießigen äh Leuten in der BfA – das kann man sich gar nicht vorstellen. Dazu kamen sexuelle Übergriffe. ... Meine Freundin war Lehrerin geworden und da hab ich immer gedacht: 'Oh Mensch, eigentlich wärst Du auch gern Lehrerin geworden – mit Kindern umgehen und anderen was beibringen, das macht Dir Spaß'.“*

In den 70er Jahre erwachte dann auch ihr Interesse an Parapsychologie. *„Da hab ich mir damals die ganzen BÜCHER geholt von ... der Uni Utrecht und von Bender, Freiburg ... Und als ich dann in Berlin nicht Parapsychologie studieren konnte, also hab ich dann gesagt: na gut, dann nimmste Psychologie. Also, da kannst Du dann auch irgendetwas mit Menschen machen ... kannst Dich mit denen auseinandersetzen, kannst denen irgendetwas weitergeben.“*

Wichtige Impulse, ein Studium der Psychologie aufzunehmen, gab Frau B. auch ihre damalige Analytikerin, welche sie auf Grund einer schweren Depression betreute. Als sie sich dann scheiden ließ, habe sie zusammen mit der Analytikerin überlegt, *„soll ich also ne Boutique aufmachen, die zigste in Berlin – oder soll ich also doch versuchen, Psychologin zu werden“*. Und die Analytikerin habe sie dann in ihrem Studienwunsch bestärkt.

„Ich sollte immer vernünftig sein. Bin ja so erzogen worden, immer vernünftig zu sein. Und da hab ich einfach Sachen gemacht, die sehr unvernünftig waren. Also, mit zwei Kindern und geschieden und im Alter von 37 Jahren also anzufangen, Psychologie zu studieren. Die haben ja alle gedacht: ich hab nen Knall.“

Aber sie selbst hätte ja nie Zweifel an ihrer Leistungsfähigkeit gehabt. Und darauf habe sie gebaut. – Ein Fundament, das sich dann auch als tragfähig erweisen sollte.

Studium – „Heimspiel“, Leistungsorientierung, Organisatorisches Desaster

Das Studium habe dann „*sehr viel Spaß*“ gemacht und sie habe es „*wirklich genossen*“. – „*Es war wie ein nach-hause-kommen*“. Sie habe stark eigenmotiviert gearbeitet und „*mir eigentlich auch immer die schwierigsten ... (Aufgaben) ausgesucht*“, wie das Schreiben der Diplomarbeit beim „*Diagnostikpapst*“ der FU.

„*Da war das Gefühl: ich kann mich hier austoben, endlich. Ich kann zeigen, was ich kann. Und: auch an die Grenzen gehen. Ich weiß noch, wie ich für Statistik wirklich gebüffelt habe. Und da hab ich gepaukt, geackert und gemacht – und dann auch die Klausuren gut geschrieben.*“ In diesem Kontext habe sie auch bemerkt, wieviel diese Eigenmotivation ausmacht.

Insgesamt sei die Situation - alleinerziehende Studentin mit zwei Kindern - mit all ihren organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten „*schon heftig*“ gewesen, aber es habe „*trotzdem Spaß gemacht*“.

Positiv fand B. am Studium die Fülle der Lehrangebote – „*ach ich hätte noch 1000 Sachen belegen können.*“ Am meisten hat B. jedoch die Emotionspsychologie, konkret die Stressforschung interessiert. Der Gedanke, daß man sich als Mensch nicht mit seinem Leben abfinden muß, daß man Änderungsmöglichkeiten hat – „*diesen Gedanken fand ich so faszinierend. ... Also gerade diese Idee hat mich so sehr optimistisch gemacht*“.

Als negativ sah B. die fehlende Struktur des Studiums und die Ignoranz des Lehrkörpers an – „*das man uns sehr alleingelassen hat ... fand ich sehr schäbig*“. Schließlich hätte es während des Studiums auch keinerlei Berufsberatung gegeben.

Zu Beginn des Studiums sei für Frau B. noch klar gewesen, daß sie später als Therapeutin arbeiten würde, doch mit „*zunehmendem Studium ... (wurde uns) eigentlich ... klar, daß es immer schwieriger sein würde, als Psychologe (überhaupt) Arbeit zu finden.*“

Berufsanfang – Fall ins Nichts

Es gab keinerlei Stellenangebote, B.'s Bewerbungen fanden keine positive Resonanz und das Arbeitsamt konnte nur Weiterbildungsangebote unterbreiten, allerdings seien diese Angebote für Frau B. zunächst unannehmbar gewesen: „*ich musste arbeiten!*“.

Da sie aber einfach nichts gefunden habe, begann Frau B. „*in meiner Verzweiflung*“ schließlich doch mit einer VT-Ausbildung. Da die ersten – selbst zu zahlenden – Seminare jedoch nur Studienstoff rekapitulierten, brach sie diese Fortbildung wieder ab.

Insgesamt sei die Situation „*fürchterlich*“ gewesen, einfach hoffnungslos. „*Man kriegt ja auch so 'ne Passivität. Man weiß ja: sind alle arbeitslos, kriegen alle keinen Job. ... Und für mich war das so schlimm, weil ich einfach arbeiten MUSSTE.*“

Arbeit – Über Wasser halten

(Stationen bis zur Arbeit als Verkehrspsychologin)

Sie habe sich dann mit „*allem möglichen Unsinn über Wasser gehalten*“: mit Einzelfallhilfe, Arbeit für eine Versicherung und Weiterbildungsseminaren.

Gut sei es ihr nur in ihrer Tätigkeit als Dozentin gegangen, sie habe da auch ihre geliebten Stressbewältigungsseminare anbieten können und „*dann hatte ich auch sehr viel Erfolg und es hat mir auch Spaß gemacht*“. Negativ an der Seminartätigkeit sei aber gewesen, daß man als Dozentin nicht festangestellt wurde, also nur auf Honorarbasis - „*auf nen Schleudersitz*“ - arbeiten konnte und dazu mal noch schlecht (mit ca. 40-50DM pro Stunde) bezahlt. Schließlich übte B. eine zweijährige ABM-Tätigkeit aus – „*n bißchen Sicherheit*“.

Um immer wieder Arbeit zu bekommen, sei insgesamt schon „*sehr, sehr viel Planung und Antizipation*“ nötig gewesen.
Und networking.

„*Mein Mann ist Amerikaner, der hat damals gesagt: na wenn Du fertig bist, wirst Du doch dann nen tollen Job ham. Aber wir sind nicht in Amerika. Und das ist es, was ich auch in diesem Land nicht begreife: daß sie also hochqualifizierte Kräfte irgendwo versauern lassen.*“

Am Rande bemerkt B. daß sie auch mal kurzzeitig psychotherapeutisch – wie vor dem Studium avisiert - tätig war: „*Und dann hab ich auch `n bißchen ähm privat behandelt und da hab ich gemerkt, wie schwer das auch ist und dann hab ich irgendwann gesagt, also immer nur mit diesen neurotischen, depressiven Menschen umgehen zu müssen, also das wäre dann doch nicht mein Fall gewesen.*“

Verkehrspsychologie - Angekommen

„*Das Allerschlimmste war im Grunde genommen die Geschichte, wie ich zur Verkehrspsychologie gekommen bin. Das darf man im Grunde genommen gar nicht sagen, ja. Das war nämlich ein Seitensprung ... mit diesem Anwalt. In dieser Zeit bröselte meine Ehe. Der war eben Anwalt für Verkehrsstrafrecht.*“ Dieser habe ihr dann gesagt, daß sie sich auf Verkehrspsychologie spezialisieren solle: „*Das musste machen. Deine Kollegen verdienen viel Geld.*“

Sie habe daraufhin einfach beim TÜV angerufen und sich erkundigt. Bekam dort Literaturempfehlungen und habe sich dann einen Sommer lang hingesetzt „*und gepaukt, gepaukt, gepaukt*“.

- „*Und dann habe ich angefangen – so learning by doing.*“

Klienten – Nähe und Distanz

Unter ihren Klienten gebe es auch „forensisch auffällige“, Männer ohne Unrechtsbewusstsein. *„Wenn 3,4 Leute hier in meinem Klientel hier sehr kriminell sind und wenig Einsicht zeigen und von mir verlangen, ich soll die auf die MPU vorbereiten, dann merk ich ja: da beiß ich auf Granit.“* Diese Klienten würden nur Kraft kosten, letztendlich aber hoffnungslose Fälle sein.

„Da reibt man sich auf und ich reib mich dann auf – ich fang dann an, mit den Leuten zu kämpfen. ... Also solche Auseinandersetzungen muß ich eigentlich nicht haben. Ist schon manchmal sehr heftig. Also ich biete da sehr viel Reibungsfläche ... Das kostet natürlich Kraft.“

Sie müsse *„dann immer darauf achten, die Distanz zu haben“* und lernen, diese Art von Klienten noch eher auszusortieren.

Arbeit als Verkehrspsychologin

Die Arbeit als Verkehrspsychologin entspreche ihrem temperamentvollem Wesen eher als eine psychologische Tätigkeit, bei der sie stets und ständig betroffen sein müsse, obwohl sie auch *„sehr einfühlsam sein“* könne.

Auf einen groben Klotz da gehöre *„auch nen grober Keil drauf. Und manchmal ist das tatsächlich so, daß die das auch so zu brauchen scheinen. ... Ich sage immer, ich bin ne psychologische Domina. Die müssen richtig eins mit der Knute kriegen, damit sie merken, wie sie auf andere wirken – mit ihrer Art der ... Darstellung, um jetzt nicht etwas gehässiger zu werden“*

Misserfolge, Kritik

Als Misserfolge werte sie zum einen, wenn Klienten das Wissen aus ihrer Schulung in der MPU nicht umsetzen konnten – sie also nicht gesehen habe, daß die Klienten Sie nicht richtig verstanden hätten – und zum anderen, *„wenn ich merke, daß ich aggressiv werde, wenn ich merke, ich kann das nicht mehr beherrschen oder kontrollieren“*.

Kritik treffe sie dann ganz besonders empfindlich, wenn man ihr unterstellt, aggressiv zu sein – *„das ist so meine Achillesferse.“* Dieser ewige Konflikt: *„Du hast als Frau lieb und nett zu sein – wehe man ist als Frau mal etwas heftiger, zeigt Erregung, dann kommt sofort: seinen Sie nicht so aggressiv!“* Damit könne sie jeder treffen. Und um mit diesem Problem besser fertig werden zu können, habe sie sich *„sofort wieder nen Buch gekauft: ‘Friedfertige Frauen und wütende Männer?’*. Also, das ist nen ewig währendes Thema: daß ich mich da immer verteidigen werde. Das ist der Satz aus der Kindheit, den ich traumatisch immer wieder erlebe: *‘Renate, reg Dich doch nicht so auf!’ ... Furchtbar war das“*.

Jedwede Kritik sei zunächst unangenehm, *„aber dann sag ich mir schon: umsetzen!“*

Privater Bereich - Einsamkeit

Sie habe ein „*sehr großes Gefühl von Einsamkeit*“, der Mann arbeite gerade in Holland und die Kinder würden ihr eigenes Leben leben. Sie habe jetzt keine „*soziale Gruppe ..., die ich jederzeit .. abrufen kann*“. Da müsste sie im Moment eben „*was tun*“.

Die Beziehung mit ihrem Mann sei auch eine „*nicht gerade einfache Geschichte*“, auch weil er seit 1994 ständig außerhalb Berlins arbeite. Dies sei für „*ne Ehe sehr belastend*“. Sie habe lernen müssen, auch allein sehr gut zurechtzukommen. Zuweilen sei sie auch gern allein, aber „*es ist eben - je älter man wird, desto mehr überlegt man sich: Das kann nicht mein Lebensabend sein. Ich will nicht allein sein im Alter. Das ist schon so `n Schreckgespenst ... Die Kinder haben ihr eigenes Leben. ... `s wär schon schöner, wenn man für sich selbst auch nen Partner hätte, der da ist. Das merk ich eben jetzt sehr, daß mir das fehlt.*“ “

Einen gewissen Einfluß habe der Beruf auch auf – eher nicht so enge – private Beziehungen. Viele hätten einerseits „*so ne Art Scheu: also was kann die jetzt als Psychologin in mir sehen*“ und würden andererseits diesen „*unglaublichen Anspruch*“ äußern, „*daß wir als Psychologen immer total gelassen sein müssen*“. Sie sehe diese letzte Forderung auch als ein Handicap an. Derart, „*daß man sich selbst auch auferlegt, bestimmte Sachen mit sich selbst abzumachen. ... Sehr lange überlege, ob ich nem anderen von meinen Problemen erzähle.*“ Wenn, dann vertraue sie sich noch am ehesten ihrem Supervisor an - auch nem Psychologen.

Bedeutung des Berufes – Fundament, Bestätigung

Der Beruf sei ihr sehr, sehr wichtig – „*das ist ja, was mit mir selbst zu tun hat, was mir keiner nehmen kann. Der Beruf kann mich nicht verlassen. Es sei denn, daß jetzt keiner mehr trinkt oder keiner mehr verrückt Auto fährt ... Damit ist weniger zu rechnen.*“

Angesichts der Trennung ihrer Eltern und zweier eigener Scheidungen resümiert B.: „*Ich kann nie einer Beziehung sicher sein. Und wenn mir ein Mann noch so große Liebe schwört – am nächsten Tag hört sich `s wieder ganz anders an.*“

Und da sei natürlich ein „*Beruf, wenn man den gern macht, `n Glück.*“

Vor- und Nachteile des Berufes, Erfolg

Sie sei froh, trotz aller Nachteile, selbständig zu sein – „*ich könnt mich, glaub ich, auch nicht mehr unterordnen*“. Allerdings würde sie „*lieber weniger machen, wenn ich wüsste, daß es genug Geld in den nächsten Jahren gibt. Aber man hat als Selbstständiger natürlich immer die Angst, daß im nächsten Monat keiner mehr kommt. Also, man sagt nie `Nein`, weil man nicht weiß: geht `s so weiter*“.

„*Andere Leute in meinem Alter sind jetzt frühberentet und ich fang jetzt erst mal an, so `n Polster zu schaffen, daß ich im Alter dann noch `n bißchen Geld hab ... Also das ist schon nicht ganz einfach.*“

Mittlerweile habe sie sich auch einen Ruf erarbeitet, werde von Anwälten und Klienten empfohlen und fühle sich deshalb in ihrem Engagement bestätigt. „*Erfolg gibt mir das Gefühl, daß ich das was ich tue auch kompetent tue.*“ Und: „*wenn man leistungsorientiert ist, ist Erfolg wichtig*“.

Fazit

Beruflich sei B. jetzt sehr zufrieden, „*was mich eben weniger befriedigt ist die private Situation. – Diese Einsamkeit, dieses nur mit den Klienten den ganzen Tag sprechen ... – manchmal zieht einen das sehr, sehr runter*“.

„*Diese Sache hier mit der Verkehrspsychologie, da hab ich schon das Gefühl, das ist genau das Richtige für mich.*“ Sinnvoll fände sie für die Zukunft noch eine stärkere Vernetzung von Polizei, Juristen und Psychologen – „*ist alles (noch) nicht so, wie es ein sollte*“.

6.2.3. Portrait Verhaltenstherapeutin

Befragte: Frau B., 48 Jahre, Verhaltenstherapeutin
Ort: Praxis der Befragten in Berlin-Hohenschönhausen
Datum/Zeit: 11.09.01 18.00Uhr bis 19.10Uhr

Ich wollte klinischer Psychologe werden und ... bin das geworden.

Der Wunsch, woanders als in der Heimatstadt Leipzig zu studieren, führte Frau B. nach Berlin. Und zum Psychologiestudium.

Kindheit

Als Frau B. ein Jahr alt war, verunglückte ihr Vater tödlich, was ihre Mutter – und damit auch Frau B. - noch Jahre später beschäftigen sollte. Insgesamt schildert Frau B. ihre Kindheit, die sie außer mit der Mutter noch mit ihrer Schwester und ihren Großeltern verbracht hat, jedoch als sehr harmonisch. Sie glaubt, ein sehr lebhaftes, selbstbewußtes, ja auch frühreifes Kind gewesen zu sein, was mit 6,7 Jahren schon sehr viel mitbekommen habe.

Bemerkenswerterweise habe sie bereits mit 5,6 Jahren lesen gelernt und „*von da an hab ich nur noch gelesen*“. Das Interesse an der Literatur hat sich Frau B. bis heute bewahrt. In der Schule habe sie sich außer für Deutsch auch für Sport, insbesondere für das Geräteturnen interessiert.

Studienwunsch und Studium

Eigentlich wollte Frau B. immer Ärztin werden, aber da sie „*ne Zeitlang ... nicht so gern Blut sehen*“ mochte, entschied sie sich etwas anderes „*Medizinisches*“ zu studieren – Psychologie. Vor Beginn des Studiums hatte sie die Vorstellung, daß sie durch ihre „*Art*“ und in ihrer Tätigkeit als Psychologin in einer Klinik kranken Kindern und deren Eltern helfen könnte.

Obwohl Frau B. recht gut vorbereitet - „*ich hab dann schon im Vorfeld gelesen, was ich dazu bekommen konnte*“ - dann in das Psychologiestudium ging, waren die ersten beiden Jahre mit ihrer auch starken mathematischen Ausrichtung zwar wohl insgesamt wichtig, aber doch auch „*eher enttäuschend*“. Aber so diszipliniert wie sie das Studium angegangen war, stand sie auch die Zeit des Grundstudiums durch a la „*das gehört (eben) dazu*“.

Grundsätzlich empfand sie die Vermittlung breiten psychologischen Basiswissens schon für sinnvoll, allerdings sei sowohl das Literaturangebot – „*die beste (hier: Literatur) haben sich immer die Professoren und Dozenten unter den Nagel gerissen*“ - als auch die Darstellung berufsbezogenen Wissens eher defizitär gewesen.

Zum Ende des Studiums bekam Frau B. ihr erstes Kind, was u.a. dazu führte, daß sie die ihr von der Uni vorgeschlagenen Stelle, welche sich am Rande Berlins befand, ablehnte und sich selbst eine etwas weniger entfernt liegende Arbeit suchte. Sie selbst empfand diese unkomplizierte, erfolgreiche Arbeitssuche als „*vollkommen normal. Ich hab ... das Gefühl gehabt, ich ... kann mir was suchen, was meinen Interessen entspricht.*“ Es sei zu DDR-Zeiten einfach „*ganz klar*“ gewesen, daß jeder eine Arbeitsstelle finden würde.

Berufsanfang

Frau B. fing ihre Arbeit als Psychologin auf einer psychiatrischen Kinder- und Jugendstation an – „*und das war damals am Anfang absolut mein Traumjob*“. Überhaupt sei es für Psychologen „*absolut ideal*“ ihre Berufslaufbahn in der Psychiatrie zu beginnen.

Aufgrund anfänglicher Orientierungsschwierigkeiten im (sozialen) Feld, sprich dem Krankenhaus im allgemeinen und der Station im besonderen, als auch angesichts fachlicher Defizite betrachtet Frau B. das erste Berufsjahr als „*das schwerste Jahr in meiner Laufbahn überhaupt*“. Den interpersonellen Schwierigkeiten suchte Frau B. selbstbewusst mit größtmöglicher Offenheit und Klarheit zu begegnen, mit dem Ergebnis, „*daß ich in einem Jahr eben auch wieder nen guten Stand hatte*“. Hinsichtlich der fachlichen Defizite habe sie „*dann auch wieder meiner Natur folgend viel gelesen*“.

Berufslaufbahn

Insgesamt arbeitete Frau B. sieben Jahre auf verschiedenen Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, davon drei Jahre „*auf ner sehr schwierigen psychiatrischen Kinderaufnahmestation*“. Insbesondere diese drei Jahre hätten sie „*sehr gefordert, aber auch gefördert*“. (*1)

Frau B. wechselte dann in den ambulanten Bereich, auch um dieser „*ganzen Nebenarbeit: also mit den Schwestern klarzukommen, mit den Ärzten sich auseinander zusetzen*“ endlich ledig zu sein. Sie arbeitete dann im Jugendgesundheitsschutz (wieder sieben Jahre) bis zur Wende.

Wendezeiten: Neuorientierung und Therapieausbildung

Da dann sehr bald klar wurde, daß die Oststrukturen (und damit ihr Arbeitsplatz) bald verschwinden würden, suchte Frau B. recht schnell eine Stelle in einem Westverein, auch um „*erst mal Weststrukturen ... kennen(zu)lernen*“.

Der Verein, der sich um suizidgefährdete Kinder und Jugendliche kümmerte, hatte sowohl ambulante als auch stationäre Anteile.

Da im Rahmen dieser Arbeit therapeutisches Wissen notwendig war, entschloss sich Frau B. trotz ihrer bereits vorhandenen therapeutischen Erfahrungen, „*noch ne Therapieausbildung eben zu machen*“.

(*1) Wie zu Zeiten des Grundstudiums zeigt sich auch hier Frau B.'s (konstruktive) Sicht auf schwierige Situationen oder Probleme: emotionale oder fachliche Herausforderungen gehören nun mal zum Leben – sind aber, so man sich nur genug anstrengt, zu meistern und bergen somit Wachstumspotentiale.

Gemäß ihrer pragmatischen Art entschied sich Frau B. für eine verhaltenstherapeutische Ausbildung: ein von den Kassen anerkanntes Verfahren, „*wo ich schon durchaus die meiste Erfahrung hatte (und) was von mir am schnellsten zum Abschluß gebracht werden konnte*“. Und was Frau B. persönlich auch am meisten lag: „*da ich (auch) sehr ... geordnet, sehr strukturiert bin*“.

Berufsalltag

Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitete Frau B. ca. 20h nach wie vor für den Verein und 20h als niedergelassene Psychotherapeutin.

Hinsichtlich ihrer Tätigkeit als Therapeutin stellte Frau B. fest, daß sie „*sowieso übergreifend*“ arbeite und sich eigentlich auch „*für die Entwicklung der Psychotherapie insgesamt wünsche ... , daß mehr schulenübergreifend gearbeitet wird*“.

Positiv an der VT empfindet Frau B., daß sie in dieser Therapieform dem Bedürfnis vieler Patienten nach konkreten Handlungsalternativen bzw. –anweisungen („*Anleitungen*“) entgegenkommen könne. Andererseits scheint Frau B. dann aber doch zuweilen selbst gern an die „*tieferliegenden*“ Störungen der Patienten gehen zu wollen, wenn sie bemerkt, daß sie sich manchmal „*auch mehr als 80 Stunden Verhaltenstherapie vorstellen*“ könne.

Mit fachlichen Problemen im Rahmen ihrer Therapeutentätigkeit geht Frau B. in für sie typischer Manier um: pragmatisch und konstruktiv: „*je mehr der Patient ... einen fordert, und man stellt fest, man kann ihm nicht so helfen, wie man sich das wünscht, ... empfiehlt (es) sich auch erst einmal bei sich zu gucken: kann ich noch was dazulernen, ... was beherrsche ich nicht richtig, daß es nicht zum Erfolg kommt*“.

Und natürlich versuche sie, immer auch selbstkritisch zu bleiben.

Erfolg und Zufriedenheit

Den Erfolg ihrer Arbeit sieht Frau B. u.a. in der Tatsache, daß (mindestens) 90% ihrer Patienten „*auch zum Ende der Therapie kommen*“. Ein Indiz für Erfolglosigkeit wäre für Frau B., wenn Patienten bei Kollegen (Ärzten, Krisendienst etc.) über sie „*meckern*“ würden., ein Verhalten, was sie selbst schon bei ihren Patienten erlebt habe.

Insgesamt empfinde sie ihren Beruf als „*sehr befriedigend – auch persönlich*“ und sei deswegen auch „*sehr zufrieden*“.

Bilanz

Ihre pragmatische (und optimistische) Sicht auf die Dinge beweist Frau B. ein weiteres Mal bei der Beantwortung der Frage nach den wichtigsten Arbeitsstellen in ihrer Berufslaufbahn: „*zu jedem Zeitpunkt die, die ich hatte*“ – so ihre Antwort. Wichtig sei ihr immer der „*Zuwachs an Wissen und an Erfahrung*“ gewesen, wäre dieser nicht mehr gewährleistet, so würde sie die Tätigkeit wechseln.

Bedeutung von Beruf und berufsfreier Zeit

In ihrer arbeitsfreien Zeit lese sie „nach wie vor sehr viel“, treffe sich mit Freunden und reise sehr gern – „mindestens drei mal im Jahr“.

Insgesamt wären in ihrem Leben drei Komponenten von besonderer Bedeutung: *Beruf, Familie Freizeit*. „Und jedes Teil ist für mich wichtig. ... ich würde niemals ohne wirklich guten Beruf sein wollen. Aber ... es ist nicht so, daß ich deswegen meine Familie oder meine... Freizeit ... hintenanstellen würde.“

Und das es für Frau B. durchaus noch mehr als den Beruf gibt, beweist auch der Wunsch, ab 58 „*kürzer treten*“ zu wollen.

Fazit

Die Meinung, daß das Leben kein Zuckerschlecken ist, sondern viele Pflichten bereithält und man sich diesen stellen muß, findet man in weiten Teilen des Interviews und kommt selbst in der Antwort auf die abschließende Frage nach Ihren Gefühlen während des Interviews zu Tage: „*Es ist ab und zu notwendig, sich mal über diese Dinge Klarheit zu verschaffen. Und das macht man dann nicht so freiwillig.*“

6.3. Vergleichende Auswertung der Interviews

Im folgenden werden die Aussagen der Interviews bezüglich verschiedener Aspekte miteinander verglichen.

Ziel der Untersuchung soll sein, eventuelle interindividuelle Gemeinsamkeiten im Hinblick auf die Biographien (*1) (ost-) deutscher Psychotherapeutinnen zu entdecken. Gibt es die typische ostdeutsche Psychotherapeutin und was zeichnet sie aus? Wie sieht die typisch ostdeutsche Berufslaufbahn einer Psychotherapeutin aus?

Existieren Unterschiede zu Therapeutinnen mit westdeutscher Sozialisation und/oder Nicht-Therapeutinnen? Wenn ja, wie sehen diese Unterschiede aus?

Anschließend werden gemäß dem Anliegen dieser Arbeit autogenetische Aspekte der Lebensläufe (*1) näher beleuchtet und diskutiert. Gibt es Ähnlichkeiten in Umgang mit Krisen (*2)? Sind Selbststeuerungsprozesse im hier zu untersuchenden Sinne stabil (über die Zeit) oder eher flexibel und wandelbar?

6.3.1. Biographien im Vergleich

In diesem Abschnitt sollen 4 der von mir geführten Interviews hinsichtlich verschiedener biographischer Aspekte untersucht und verglichen werden.

Insgesamt wurden - außer einem Probeinterview (*3) – 9 Interviews mit Psychologinnen, wovon 7 als Psychotherapeutinnen tätig waren, geführt.

Die Psychologinnen waren alle berufserfahren (*4), im Durchschnitt waren sie zum Zeitpunkt des Interviews seit ca. 15 Jahren in ihrem Beruf tätig. Eine genuine DDR-Sozialisation wiesen 5 der Psychologinnen, über westdeutsche bzw. –berliner Wurzeln verfügten 3 der Interviewten und eine Therapeutin hatte aufgrund ihrer Ausreise (aus der DDR in die BRD vor 1989) Erfahrungen in beiden Systemen gesammelt.

Nur zwei der Therapeutinnen waren kinderlos, die anderen hatten in der Mehrzahl zwei Kinder. Keine der Frauen lebte ohne Partner, wobei allerdings die Nicht-Therapeutinnen problematischere Beziehungen zu führen schienen – oder einfach offener davon berichteten.

Wegen der von mir aufgestellten Homogenitätskriterien werde ich im folgenden die Interviews von vier berufserfahrenen ostdeutschen Therapeutinnen hinsichtlich ausgewählter inhaltlicher Schwerpunkte bezüglich der „Berufsbiographien von Psychotherapeutinnen“ untersuchen – unter Beachtung der in den Interviews mit den Nicht-Therapeutinnen gewonnenen Erkenntnisse zum Thema.

(*1) Da hier u.a. auch Kindheit und Jugend Beachtung finden, werden die Begriffe Biographie und Lebenslauf verwandt, wobei der Schwerpunkt der Betrachtung natürlich auf der Berufsbiographie bzw. der beruflichen Entwicklung liegt.

(*2) Krise steht hier auch für: außergewöhnliches Lebensereignis, Umbruchssituation, Lebenswende etc.

(*3) Das Thema des Probeinterviews differierte noch von den anschließend - für die Untersuchung - geführten Interviews. Schwerpunkte des Interviews: Berufslaufbahn, Klientenstruktur, Transformationsproblematik. Siehe auch Anhang 9.

(*4) berufserfahren - d.h. mindestens seit 5 Jahren praktizierend

6.3.1.1. Kindheit

In der Mehrzahl erinnerten sich die Therapeutinnen, als Kind lebhaft und selbstbewusst gewesen zu sein: „*unheimlich lebhaft*“ (Logikerin; Interview 1; kurz: I1), „*muntres, freches Kind*“ (Glückskind, Interview 2, kurz: I2), „*sehr lebhaftes, selbstbewußtes, frühreifes Kind*“ (Mutti, Interview 3, kurz: I3) versus „*braves, zurückhaltendes Kind*“ (Die Ehrgeizige, Interview 4, kurz: I4).

Da sich die Nicht-Therapeutinnen ähnlich beschreiben scheint dieses Bild generell auf die Mehrheit der Psychologinnen zuzutreffen und mag nicht zuletzt auf der Tatsache beruhen, daß es eine sehr behütende Familiensituation in dieser Zeit für die Interviewten gab: „*relativ behütet aufgewachsen*“ (I1), „*guter Rückhalt*“ (I2), „*harmonisches Familienleben, sehr umhütet und umsorgt*“ (I3), „*von allen geliebt*“ (I4).

Diese beschützende, liebevolle Umgebung mag die oben beschriebene Unbeschwertheit in der Kindheit ermöglicht oder zumindest begünstigt haben. Auch die Nicht-Therapeutinnen beschreiben hier ähnliches, wenn auch nicht in solch idyllischer Darstellung, sondern doch schon auch problemreicher. (*5)

Trotz aller positiven Darstellung der Herkunftsfamilie gab es doch auch für alle Interviewten mehr oder minder schwerwiegende kritische Lebensereignisse, die sehr oft die Beziehung zum Vater berührten.

So musste sich die Tochter eines Pfarrers (I2) wegen der anti-religiösen Haltung der Lehrer ihrer Schule oftmals „allein gegen alle“ stellen, musste Ausgrenzungen ertragen, aber auch mit Bedauern den Schilderungen von Pioniernachmittagen folgen. Sie fühlte sich zumeist als „zwischen-den-Stühlen-sitzend“, stand einerseits zu den Werten ihrer Familie und verhielt sich loyal insbesondere ihrem Vater gegenüber, hätte andererseits aber oftmals auch gern dazugehört – zum gesellschaftlichem Leben (sprich: Pionierveranstaltungen) der Schule. Es scheint, daß die starke Identifizierung mit dem Vater und/oder die Idealisierung des Vaters es der Tochter überhaupt erst ermöglicht haben, sich in jungen Jahren schon derart positionieren zu können.

Nicht nur die Wahl Ihrer späteren Partner, die Ihrem Vater in ihrem (depressiven) Wesen glichen, sondern auch die differenzierte Darstellung ihres Vaters lassen Rückschlüsse auf die (besondere) Qualität der Beziehung zwischen einer der Interviewten (I1) und ihrem Vater zu. Die starke emotionale Verbundenheit wird in der Schilderung der beruflichen Entmachtung des Vaters deutlich. Auf die - erstmals sichtbaren – Tränen des Vaters reagierte die Tochter mit Ängsten – und berichtet nun, Jahrzehnte später, noch sehr nuancenreich und berührend in einem Interview davon.

(*5) Insgesamt beschreiben die westdeutschen Psychologinnen ihre Kindheit als problematischer als die ostdeutschen. Interessant ist in diesen Zusammenhang, daß von Prof. E. Brähler (Uni Leipzig) et al. in einer *Untersuchung über das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten ost- und westdeutscher Studenten* im Durchschnitt die ostdeutschen Studenten in der Erinnerung ihre Eltern als liebevoller und weniger autoritär einschätzten als das ihre westdeutschen Kommilitonen taten. Natürlich konnte diese Studie nicht das *tatsächliche* Erziehungsverhalten rekonstruieren, allerdings fanden Brähler et al. dieses Ergebnis schon beachtenswert (vielleicht auch insbesondere deshalb, weil es ihrer Erwartung widersprach). Für diese Arbeit könnte das heißen, das die positiv gefärbten Erinnerungen an Kindheit und die damalige familiäre Situation „typisch ostdeutsch“ sind – und nicht für die hier beschriebene Berufsgruppe allein signifikant.

Auch die beiden anderen interviewten Therapeutinnen scheinen besondere Konnotationen mit dem Wort Vater zu verbinden.

So verunglückt der Vater, als eine der Interviewten (I3) noch ein Kleinkind war, tödlich. Die Interviewte hatte also keinerlei wirkliche Erinnerungen an ihren Vater. Da jedoch ihre Mutter, den Verlust nur schwer verarbeiten konnte und ihre dementsprechenden Emotionen auch für ihre Kinder erlebbar waren, schien der Vater doch noch lange Zeit im Familienleben sehr präsent gewesen zu sein.

Interessant ist, daß gerade die Therapeutin, die sowohl von ihrer Erscheinung als auch von ihrem Wesen her am maskulinsten erscheint – beherrscht, rational, kühl, leistungsorientiert, distanziert – ihren Vater während des gesamten Interviews mit keinem Wort erwähnte.

Auch in Anbetracht der hier nicht zum Vergleich stehenden Interviews erhärtet sich bei der Autorin der Eindruck, daß Therapeutinnen in erster Linie Väter-Töchter zu sein scheinen. Zumindest wird die Beziehung zum Vater in weit differenziertem Maße in den Interviews beschrieben, als die Beziehung zur Mutter. Mag sein, daß die Interviewten ihren Müttern sehr wesensgleich waren und so wenig Veranlassung sahen, über eine – in der Kindheit (*6) - recht problemfreie Beziehung zu reflektieren.

Auffällig sind auch die Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Interessen in der frühen Kindheit sowie der Vorlieben in der Schulzeit.

So entsprach es sicher auch der damaligen Zeit (50er, 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts), daß fast unisono die Interviewten davon berichteten, am meisten „*sehr viel draußen*“ (I1), „*mit anderen Kindern*“ (I4) bzw. in einer „*Kindergang*“ (I2) gespielt zu haben.

In der Schulzeit mündet dann dieser Bewegungsdrang in einem starken Interesse am Sport, der schließlich bis hin zum Betreiben von Leistungssport (I1, I4) reichte. Gleichzeitig wird auch das Lesen zur Sucht, der die Eltern der Interviewten teilweise mit Tricks - „*Ich weiß noch, daß die ... mir erzählt haben, man darf sich in der Woche in der Bibliothek nur drei Bücher ausleihen.*“ (I4) – zu begegnen versuchten.

Zusammengefasst spielten neben der Leseleidenschaft – „*unheimlich viel gelesen*“ (I1), „*nur noch gelesen*“ (I3), „*Eltern wahnsinnig gemacht, weil nur gelesen*“ (I4) – und dem Interesse am Sport – „*Schule und Training*“ (I1), „*viel Sport*“ (I2), „*Geräteturnen*“ (I3), viel gelesen, „*dann auch Sport*“ (I4) – v. a. auch die Fächer Mathematik (I1, I2, I4) und Biologie (I1, I4) eine wichtige Rolle für die Interviewten.

Alle Therapeutinnen lernten gern und wohl auch erfolgreich.

Im ähnlichen Sinne äußerten sich allerdings auch die Nicht-Therapeutinnen. (*7)

(*6) Diese in der Kindheit erlebte Harmonie mit bzw. Nähe zur Mutter mag sich im Rahmen von Autonomiebestrebungen in der Adoleszenz und/oder anschließenden Lebensphasen durchaus verändert bis verkehrt haben.

(*7) Möglicherweise trifft man diese Lern- und Leistungsbereitschaft ja eher häufig bei Studenten von NC-Fachrichtungen an – und nicht nur bei Psychologiestudenten.

6.3.1.2. Berufswunsch und Berufsvorstellungen

Vor Studienbeginn hatten die Interviewten i.d.R. keinen Kontakt mit Psychologen oder Psychotherapeuten. Allein die Mutter einer der Interviewten arbeitete als Sekretärin in einem wissenschaftlichen Institut (Institut für Kybernetik/AdW der DDR) mit Psychologen zusammen. (*8)

Auf Grund der Nicht-Kenntnis - „*nicht mal gewusst, wie Psychologie geschrieben wird*“ (I2) - existierten in den Köpfen der Interviewten vor der Beschäftigung mit ihrem zukünftigen Studium auch eher die in der Bevölkerung allgemein verbreiteten sehr vagen Vorstellungen – „*anderen helfen, kranken Kindern und Eltern helfen*“ (I3) bis hin zu den (abwehrend) skurrilen bis abwertenden Bildern vom Beruf des Psychologen: „*Klapse*“ (I1), „*lustig gemacht über einen Psychotherapeuten im Heimort*“ (I2).

Der konkrete Berufswunsch sei dann „*einfach da*“ gewesen (I4), entstand scheinbar eher zufällig „*ehe dir so gar nicht einfällt*“ (I1), „*aber inzwischen weiß ich ja, daß nicht zufällig ist, sicherlich hab ich irgendwelche Regungen schon in mir gehabt*“ (I1) oder im Zusammenhang mit Überlegungen, ein Medizinstudium aufzunehmen (I2, I3).

6.3.1.3. Studium

So vage die Vorstellungen vom Beruf des Psychologen vor der Studienzeit waren, so vage waren auch die Vorstellungen vom Psychologiestudium selbst. Und so ist es nicht ganz verwunderlich, daß die Interviewten – trotz z.T. umfangreicher Vorbereitung: „*im Vorfeld gelesen, was ich bekommen konnte*“ (I3) - zunächst vom Studium „*hochgradig enttäuscht*“ (I4) waren bzw. das Studium „*am Anfang ... überhaupt nicht den Vorstellungen*“ entsprach (I2, I1). (*9)

So hatten die Mehrzahl der Interviewten beispielsweise nicht viel „*mit Statistik am Hut*“ (I2), nur für eine Absolventin einer Mathespeziialschule (I4) stellte dieses Fach – wie im übrigen das gesamte Studium – „*einfach ne Unterforderung*“ dar, schließlich war sie „*n bißchen was anderes gewöhnt*“ gewesen.

Insgesamt war für die Gruppe der Therapeuten mit DDR-Sozialisation das Studium zunächst „*einfach so was von schlimm*“ (I1), daß sogar der Gedanke kam, erst mal ein Kind zu bekommen und dann weiter zu sehen ... und – mit etwas Abstand – weiter zu studieren. Interessanterweise – aber durchaus nachvollziehbar – wurde das Glücksgefühl, (Psychologie) zu studieren, bei den älteren Studienanfängerinnen, die zunächst anderen Tätigkeiten nachgegangen waren und sich dann noch entschlossen hatten, mit dem Psychologiestudium eine zweite Ausbildung zu absolvieren, am deutlichsten formuliert: „*ich war ... davon erfüllt, daß ich überhaupt die Chance habe, zu studieren.*“ (I2).

(*8) Insgesamt hatte nur eine der neun interviewten Psychologinnen aufgrund der Morphin-Abhängigkeit der Mutter (Interview „Diva“) vor Studienbeginn unmittelbaren Kontakt mit Psychologen und Therapeuten.

(*9) Zur Ergänzung: die hier betrachteten Interviewten studierten an folgenden Universitäten: Humboldt-Universität Berlin (I1, I3), Freie Universität Berlin (I2), Universität Jena (U4).

Probleme mit dem Ausbildungspersonal beschrieben alle Interviewten: der „*Lehrapparat war überaltert*“ (I1), der „*Zugriff zur Westliteratur*“ war in erster Linie den Lehrkräften vorbehalten (I3), es habe eine „*katastrophale Personalpolitik*“ geherrscht - „*die wirklich guten Leute sind immer ... weggegangen, an der Sektion herrschte absolutes Mittelmaß*“ (I4).

Bemängeln die ehemaligen Absolventinnen von DDR-Universitäten, wo es zu Zeiten der Ausbildung der Interviewten noch „*sehr familiär*“ (I3) zugeht und zumeist „*nicht mehr als 50 Studierende*“ (I3) pro Studienjahr immatrikuliert wurden, noch verstärkt die fachliche Qualität der Ausbildung, so sehen sich Absolventinnen beispielsweise der Freien Universität Berlin eher organisatorischen Fragen sowie den typischen Frustrationen einer Massenuniversität gegenübergestellt. So berichtet eine Interviewte (I2), daß sie sich „*an der Uni alleingelassen gefühlt*“ habe, es einfach auch zu viele waren, „*die an den Rockzipfeln der Dozenten hingen*“, man wenig angehalten wurde, „*das und das zu machen*“ und so sei auch „*wenig gelesen worden*“. (*10)

Unisono kritisieren die Absolventinnen von DDR-Universitäten, daß von Anfang an „*nichts Berufsbezogenes*“ (I3) gelehrt wurde und die „*klinische Strecke absolut zu kurz*“ gekommen sei (I1, I4). (*11)

Insgesamt wurde trotz anfänglicher Ent-Täuschung über das Psychologiestudium, Problemen mit dem Lehrpersonal und inhaltlicher Defizite von allen Interviewten das Studium mehr (DDR-Studenten) oder weniger (BRD-Studenten) schnell (*10) absolviert und weder ein Fachrichtungswechsel noch ein Studienabbruch in Erwägung gezogen. Anzunehmen ist, daß hier einerseits eine hohe Identifikation mit dem Fach (siehe Punkt 2) als auch bestimmte Persönlichkeitsvariablen (Leistungsorientierung, Konstanz hier in Abgrenzung zu Spontaneität etc.) oder Konstrukte der Interviewten – a la „*es ist im Prinzip egal, was ich mache: wenn ich mich für etwas entschieden habe, dann mach ich das auch, insofern ist es egal, was ich mache*“ (I4) - ursächlich sein können.

6.3.1.4. Berufsbeginn

Schien die Suche nach einer Arbeitsstelle nach dem Studium für Absolventen der Westberliner Universitäten ein mit sehr viel Engagement und Frustrationen verbundener Kampf, bei dem schließlich Beziehungen zum Erfolg (I2) führten, zu sein, so stellte sich scheinbar für die Absolventinnen der Ostberliner Universitäten nur die Frage, wie sie sich eine Stelle in Berlin sichern könnten.

(*10) Verschult, familiär, autoritär, leistungs- und berufsorientiert, zeitlich begrenzt (i.d.R. 5 Jahre) so zeigt sich das DDR-(Psychologie-) Studium in den Schilderungen der Therapeutinnen. Auf den mündigen Studenten, der sich sein Wissen bzw. den Erwerb desselben allein organisiert, setzten dagegen die Universitäten Westberlins, an denen einige der Interviewten (I2, Interview „Missionarin“) studierten. Allerdings konnten wohl auch eine Reihe von Studenten mit diesen Freiheiten zu Beginn des Studiums wenig anfangen, fühlten sich eher verloren bzw. allein gelassen – so die Darstellung der Interviewten.

(*11) Im klinischen Bereich wurden Kenntnisse v.a. zur Gesprächstherapie, zur dynamisch intendierten Gruppenpsychotherapie und z.T. zur Verhaltenstherapie vermittelt. Die Interviewten berichteten von keiner Lehrveranstaltung, die sich mit analytischen bzw. tiefenpsychologischen Themen beschäftigte.

Auf Grund der zentralen Absolventenvermittlung stand jedem Absolventen einer DDR-Universität eine Arbeitsstelle zu – allerdings nicht unbedingt an dem Ort seiner Wahl. (*12) So berichtete eine der Interviewten auch, sie habe das „*Gefühl gehabt*“, sie könne suchen, was ihren „*Interessen entspricht*“ und es sei „*klar*“ gewesen: „*jeder findet etwas*“ (I3). Mit der Heirat eines Berliners sei dann auch das Ortsproblem gelöst gewesen. Mit einem Trick gelang es einer anderen Interviewten, ebenfalls in Berlin bleiben zu können und es war dann „*ne riesengroße Freude, daß ich hier bleiben durfte*“ (I1).

Insgesamt verlief die Suche nach der ersten Arbeitsstelle für die späteren Therapeutinnen weniger problematisch als die der Nicht-Therapeutinnen. (Und auch später sollte sich die weitere Stellensuche für Nicht-Therapeutinnen insgesamt schwieriger gestalten als für Therapeutinnen.)

Von den vier hier Dargestellten entschlossen sich drei zunächst in eine Klinik zu gehen und eine entschied sich für den Weg in die Forschung. Alle vier Stellen wurden als ideal beschrieben: „*schon günstig, erst mal in ne Nervenklinik zu gehen, gleich angenommen worden – hab mich einfach sehr gefreut*“ (I1), „*psychosomatische Abteilung einer Uniklinik, meine Traumstelle, unglaublich spannend, richtig toll und gut*“ (I2), „*erst mal Psychiatrie, absolut mein Traumjob*“ (I3), Forschungsstudium der Universität Jena und der Akademie der Wissenschaften Berlin – „*das gab's normalerweise nicht*“ und sei extra für sie geschaffen worden (I4).

So relativ einfach sich auch die Stellensuche gestaltete und so begeistert die Befragten auch von ihren ersten Arbeitsstellen berichteten, so war doch der Berufsanfang, sprich das erste Berufsjahr, insgesamt für alle Interviewten recht schwierig.

Glaubten sich die Absolventen der Universitäten durch Studium und diverse Praktika gut gerüstet für die Praxis, so wurden sie zunächst doch erst einmal desillusioniert hinsichtlich ihres praktisch relevanten psychologischen Vermögens.

So schildert eine der Interviewten, daß sie „*praktisch quasi bei Null angefangen*“ habe (I1) und eine andere beschreibt das erste Jahr als das „*schwerste Jahr in meiner Laufbahn*“ (I3).

Insgesamt differieren die Probleme des Berufsbeginns doch voneinander. So sah die Forschungsstudentin sich v.a. mit inhaltlichen Schwierigkeiten konfrontiert: „*was ich da machen sollte, war aber ne Katastrophe: Sinnlosigkeitsforschung*“. Der Forschungsgegenstand (Wissenschaftsmetriken), mit dem sie sich beschäftigen sollte, habe sie „*schon damals nicht interessiert*.“ (I4)

Für die Interviewten, die zunächst eine Tätigkeit in einer Klinik aufnahmen, traten neben inhaltlichen (*13) dagegen auch emotionale Probleme auf. So wurde – wie oben schon erwähnt – sehr bald klar, daß das Uni-Wissen „*immer noch nicht ausreicht, um in der Praxis zu bestehen*“ (I3) und hinzukam noch, daß man erst einmal lernen musste, „*sich abzugrenzen*“ und „*nicht mit jedem mitzuleiden*“ (I1).

Und auch die Klinikstrukturen bzw. die sich daraus ableitenden Hierarchien waren zunächst einmal sehr ungewohnt: „*das ganze Klinikmilieu war schon heftig ... und zum Teil entmutigend*“ (I2), „*Hierarchie*“, „*Kompetenzgerangel*“ und „*diese ganze Nebenarbeit: mit Schwestern klarkommen und (sich, d.A.) mit Ärzten auseinander zusetzen*“ (alle Zitate I3).

(*12) Für Studenten, die zum Abschluß des Studiums ihren Hauptwohnsitz nicht in Berlin hatten - und da das Gros der Studenten in Wohnheimen lebte, betraf das die meisten Studenten - , gab es offiziell keine Zuzugsgenehmigung und damit auch keinen Arbeitsplatz in Berlin.

(*13) Ich verwende „*inhaltlich*“ und „*fachlich*“ als Synonyme.

Und es stellten sich auch ideologische Fragen oder, wie eine der Interviewten es formulierte, „Sinnfragen“ (I1). So führte der unmittelbare Kontakt mit weitaus problematischeren Lebenswegen und Beziehungsgefügen als den bislang (selbst) erfahrenen schon auch zur Frage nach dem Sinn und den Werten des eigenen Lebens. *„Die ersten drei Berufsjahre, da hab ich je zweifelt, ob das das wohl is, was ich eigentlich mal gewollt habe, das war einfach hart, so Sinnfragen kamen da – im Patientenkontakt – schon auf“*

Eigener Idealismus versus Patientenschicksale.

„Ich hab also relativ jung geheiratet, mit 19, und hatte dann viele gescheiterte Ehen und Beziehungen ... Ich hab meine heile Welt gehabt ... Und och so, wie ich mein Leben geführt hatte bis dahin ... – da kam ich schon innerlich ins Trudeln.“ (alle Zitate I1)

Wie gingen nun die Interviewten mit den beschriebenen Problemen zu Beginn ihrer Tätigkeit als Psychologen um?

Dem Gefühl des Kompetenzmangels wurde in erster Linie durch ein verstärktes Literaturstudium (vergleiche: Interessen in der Kindheit) begegnet. So erzählt eine der Interviewten: *„Ich habe während des ganzen Studiums nicht soviel gelesen, wie in den ersten beiden Jahren meiner Berufstätigkeit, hab alles nachgeholt, was ich eigentlich während des Studiums hätte machen müssen“* (I1). Daß sie in dieser Zeit „viel gelesen“ habe, betont auch eine andere Interviewte (I3).

Schwierigkeiten, welche eher die Strukturen der Arbeit (Organisation, Hierarchie) betrafen, versuchten die Interviewten hingegen einfach zu ignorieren bzw. fatalistisch zu betrachten: *„hab zu allem ja und amen gesagt“* (I2), zwei Kinder bekommen und *„nur abgenickt, hingeschlumpert, (getan, d.A.) ... so als ob“* (I4).

Die Interviewte, die insgesamt von den größten emotionalen Problemen berichtete, versuchte sich zunächst selber *„ne Einstellung zu erarbeiten“*, was sie selbst im Nachhinein als sehr hilfreich bewertete und nahm dann an einer Gruppenselbsterfahrung teil, wo ihr *„so verschiedenes klar geworden“* sei (I1).

Die Nicht-Therapeutinnen berichteten teilweise zwar auch von fachlicher Überforderung in den ersten Berufsjahren, sehen sich aber insgesamt existenzielleren Fragen gegenübergestellt: Wie lange kann ich meine jetzige Stelle behalten? und: Wo und wie bekomme ich eine neue, vielleicht länger- oder unbefristete Stelle?

Um mit diesen Schwierigkeiten, die das gesamte Berufsleben (*14) der Nicht-Therapeutinnen begleiten sollten, fertig werden zu können, zeigten die Betroffenen einerseits eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung und versuchten engagiert, Stellen zu finden oder gar eigene (ABM-) Stellen zu kreieren (Interview Missionarin) und nutzen andererseits auch soziale Kontakte (*15), um eine Tätigkeit im psychologischen Bereich oder auch in anderen Bereichen (Werbung, Versicherung) zu finden (Interview Verkehrspsychologin).

Kurz: die späteren Therapeutinnen mussten sich in den ersten Berufsjahren mit ihrer Rolle als (klinische) Psychologinnen und den erfahrenen fachlichen und persönlichen Defiziten auseinandersetzen, die Nicht-Therapeutinnen waren hingegen v.a. mit existenziellen Problemen beschäftigt.

(*14) gesamte Berufsleben – das Berufsleben bis zum Zeitpunkt des Interviews

(*15) Freunde, Kollegen, Liebhaber

6.3.1.5. Beruflicher Werdegang bis zur Niederlassung

Begannen noch drei der hier zu vergleichenden Psychologinnen nach dem Studium ihre Berufslaufbahn in einer Klinik, so divergierten (natürlicherweise) mit der Dauer der Berufstätigkeit die einzelnen Beschäftigungsverläufe.

So nahm beispielsweise die zweitjüngste der Psychologinnen (I2) (*16) die sich plötzlich bietende Möglichkeit (*17) war, sich - nach fünfjähriger Tätigkeit als „Therapeutin“ (ohne Ausbildung) – *„keene Ahnung von Psychotherapie, ich musste einfach machen: zack so“* - und Dozentin in einer psychosomatischen Abteilung einer Universitätsklinik - sofort niederzulassen.

Eine der beiden älteren (I3) (*16) wechselte nach sieben Jahren aus dem stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in den ambulanten, sprich zum Jugendschutz. Nach weiteren sieben Jahren und im Zuge der Wende wechselte sie in einen „Westverein“ (Neuland). Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitete sie für ca. 20h noch im Verein und für etwa die gleiche Zeit als niedergelassene Therapeutin.

Die dritte Therapeutin (I1) schließlich, die ihre Berufslaufbahn in einer (Nerven-) Klinik begann, durchlief zunächst verschiedene Stationen der Klinik, etablierte sich schließlich als Arbeitsgruppenleiterin in der Psychiatrie, wechselte dann - kurz vor der Wende - in den ambulanten Bereich (Poliklinik) und entschloß sich schließlich nach der Wende und der Geburt ihres dritten Kindes (*„mein Wendekind“*) für die Selbstständigkeit, sprich eine Niederlassung.

Die einzige der vier hier vorgestellten Psychologinnen (I4), die ihren Berufsweg nicht in einer Klinik begann, nahm zunächst ein Forschungsstudium auf, bekam in dieser Zeit zwei Kinder, brach dann in der Wendezeit aus Desinteresse am Sujet ihr Studium ab (*„Klar würd ich ne Dissertation hinkriegen, aber das hat mich zuwenig interessiert.“*) und arbeitete dann bis zu ihrer Niederlassung in einer psychologischen Beratungsstelle (a la Pro Familia), die sie zunächst konzeptionell und organisatorisch mit aufbaute.

Welche Probleme traten in dieser Zeit der Etablierung als Psychologin (bis zum Zeitpunkt der Niederlassung) auf?

Berichteten die Interviewten bezüglich ihrer beruflichen Anfangszeit vermehrt von fachlichen Schwierigkeiten, Gefühlen von Inkompetenz und Unsicherheit, schienen in der späteren Zeit, der Etablierungsphase, eher zwischenmenschliche Probleme im Arbeitsbereich (inklusive Mobbing) und die (auch existenziellen) Unwägbarkeiten des gesellschaftlichen Umbruchs (sprich: Wende) die größeren Herausforderungen für die Psychologinnen dargestellt zu haben.

So erzählte eine der Psychologinnen (I4) zum Thema soziales Klima am Arbeitsplatz, daß sie mit *„bestimmten Kollegen“* einfach *„nicht klargekommen“* sei, die die Beratungsstelle, welche sie zusammen mit anderen Frauen aus sozialen Berufen aufgebaut hatte, *„als ökologische Nische bis zur Rente“* benutzt hätten, *„anstatt zu arbeiten“*. Insgesamt sei dort *„soviel gemauschelt“* worden und man habe *„sich aus alter Bekanntschaft nicht auf die Füße treten“* wollen, daß sie schließlich gesagt habe *„ich tu mir das nicht länger an“* und *„aus dem Felde“* gegangen sei. Nach dieser Erfahrung glaubt sie mehr denn je, daß sie ganz gewiß eher für eine selbstständige Tätigkeit denn für Teamwork geeignet ist.

(*16) Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Psychologinnen 37 (I4), 40 (I2), 48 (I3) und 51 (I4) Jahre alt.

(*17) Die Möglichkeit eröffnete sich durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PTG).

Vom Verlust von Vaterfiguren (ihr „*sehr guter Leiter ... wurde republikflüchtig*“ und der Chefarzt, „*n sehr guter Mann ... hat sich suizidiert*“), den sich daraus entwickelnden Schuldgefühlen (der Chefarzt „*hatte sich mir vorher n Stück anvertraut*“ und „*ich hatte das einfach ignoriert*“) sowie der sich daraus ergebenden beruflichen Konsequenzen (der neue Chefarzt „*brachte seine eigene Psychologin mit*“) erzählte eine weitere Psychologin (I1) und deutete auch auf die diesen doch recht dramatischen (interindividuellen) Ereignissen innewohnenden emotionalen Komponenten (Suizid – „*das war für mich eine sehr schwierige Situation*“; Stellsituation nach Chefwechsel – „*fühlte mich schon ... bedroht*“) hin.

Die sich aus den zwischenmenschlichen Problemen ergebenden Belastungen wurden von beiden Psychologinnen, die in ihren Interviews davon berichtet hatten, z.T. sehr ähnlich bewältigt.

So gingen sie auf Grund konflikthafter sozialer Arbeitsbeziehungen schließlich beide „*aus dem Feld*“ (I4): „*Mobbing ... ich ging danach*“ (I1) bzw. „*bin gegangen, abgehaun, nachdem ich ne Weile probiert habe, mich durchzusetzen*“ (I4).

Hinsichtlich der Belastung mit dem Suizid einer ihrer Vaterfiguren sowie den oben benannten Schuldgefühlen suchte die betreffende Psychologin Unterstützung im Rahmen einer Selbsterfahrung – „*die hab ich damals auch gebraucht*“ (I1) und nahm sich zusätzlich - und im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft - ein unbezahltes freies Jahr.

Die Wende bzw. der damit verbundene gesellschaftliche Umbruch verunsicherte natürlich n.v.a. jene Psychologinnen mit DDR-Sozialisation sehr stark, die sich bereits in der Phase der Etablierung (I1, I3) befanden.

Und so verbanden diese mit der Wende vor allem die Frage „*Was mach ich?*“ (I3) bzw. „*Was nun?*“ (I1). Insbesondere der Gedanke arbeitslos zu werden, „*det war n Horrorgespens*“ (I1). Damit teilten die Psychologinnen allerdings die Sorgen und Ängste der Mehrheit ihrer (ostdeutschen) Kohorte – sprich: es waren berufsunspezifische Zukunftsängste.

Für die beiden jüngeren Psychologinnen fiel die Gesellschaftswende noch in die Zeit ihres Studiums (I2) bzw. ihres Forschungsstudiums (I4) und konnte unter diesen Umständen besser integriert werden.

Mit den Unsicherheiten der Wende gingen die beiden etablierten Psychologinnen sehr offensiv um oder wie es eine der beiden ausdrückte: „*ich nehm meine Dinge eigentlich gerinne und kontrolliert in die (eigenen, d.A.) Hände*“ (I1). Das sah beispielsweise so aus, daß sie sich zunächst über die „*Weststrukturen*“ (I3) informierten, so auf dem ersten gesamtdeutschen Psychologentag in Dresden „*Westkollegen interviewt(en)*“ (I1), um zu erfahren, „*wie ... man als Psychologin mit drei kleinen Kindern arbeiten*“ kann (I1) oder indem sie direkt in einem „*Westberliner Verein*“ Arbeit suchten und fanden (I3).

Für die Nicht-Therapeutinnen standen auch nach 7-10 Jahren noch immer existenzielle Fragen, wie wohl für viele Freiberufler bzw. Selbstständige, im Vordergrund.

Hinzu kam, daß es beiden Nicht-Therapeutinnen sehr wichtig schien, einen guten Ruf in der Branche (A&O/Coaching bzw. Verkehrspsychologie) zu erwerben bzw. zu etablieren. Sicher hat dieser Kampf um einen guten Ruf wieder etwas mit Akquisitionsmöglichkeiten und also mit Existenzsicherung zu tun und ist nicht nur (aber bei den beiden interviewten Psychologinnen gewiß auch) Ausdruck eines ausgeprägten Ehrgeizes. So sei angemerkt, daß beide – im Gegensatz zu den Therapeutinnen – schon Bücher zu psychologischen Themen verfasst und herausgegeben haben.

6.3.1.6. Psychotherapie

Weshalb entschieden sich nun die Interviewten im einzelnen zu einer Therapieausbildung?

Der meist formulierte Grund war der eigene Wunsch nach einer größeren Kompetenz auf dem Gebiet der Therapie. Alle Psychologinnen hatten in irgendeiner Form bereits mehr (I2, I1, I3) oder minder (I4) umfangreich bzw. qualifiziert psychotherapeutisch gearbeitet. Allerdings schien zum Zeitpunkt der Entscheidung für eine Therapieausbildung (*18) zum einen ihre jeweilige Tätigkeit (Beratungsstelle, Verein, eigene Praxis) eine größere therapeutische Kompetenz zu fordern - „*Therapieerfahrung reichte mir nicht, ich will das richtig lernen, man braucht richtiges Handwerkszeug*“ (I2), „*s war klar, daß ich auf diesem Gebiet keine Ahnung habe und irgendwas machen muß*“ (I4) - und existierten zum anderen auch erstmals (für DDR-Psychologen) umfangreiche Möglichkeiten, eine Psychotherapieausbildung bis zur Approbation zu absolvieren.

Anzunehmen ist, daß die geäußerten Erwartungängste hinsichtlich der beruflichen Zukunft im vereinten Deutschland auch zur Aufnahme einer Therapieausbildung geführt oder diese Entscheidung zumindest forciert haben mögen.

Allerdings formulierte nur eine der Interviewten ganz direkt, daß ihr als Mutter mit drei kleinen Kindern – gemäß den Ratschlägen von „*West-Kolleginnen: Wie sind ja selbstständig, weil wir Mütter sind.*“ - nichts anderes als das Bemühen um eine Niederlassung (und damit um die Anerkennung ihrer bisherigen Therapiekenntnisse und den Erwerb der fehlenden Ausbildungsinhalte) blieb (I1).

Weshalb entschieden sich die Interviewten für die von ihnen ausgewählte Therapierichtung?

Auch wenn eine der Interviewten einen objektiven Grund (Ausbildungsdauer) nannte, der sie zur Aufnahme der Verhaltenstherapie (kurz: VT) – Ausbildung bewogen hätte (die „*von den Kassen anerkannte*“ Therapierichtung, die „*am schnellsten zum Abschluß gebracht werden konnte*“), so trifft auch bei dieser Interviewten (I3) zu, daß hier gewiß (*19) auch subjektive Faktoren (Interessen, Persönlichkeitsvariablen) entschieden. Und so formulierten es auch die anderen drei Interviewten: „*Ich such mir Sachen raus., die mir liegen und zu mir passen.*“ (I4), „*auf jeden Fall Analyse ... spannender und weitreichender*“ (I2), „*mach Tiefenpsychologie weitaus lieber*“ (I1).

Welche Vor- und Nachteile sahen die Interviewten in den von ihnen gewählten Therapieverfahren?

Interessant erscheint, daß sich die Therapeuten der gleichen/verwandten Therapierichtung jeweils sehr ähnlich zu den Vor- und Nachteilen äußerten.

So schien die Vertreterinnen der tiefenpsychologischen (kurz TP) und der analytischen (kurz PA) Therapierichtung das investigative (sprich: analytische) Element besonders zu faszinieren.

(*18) Alle Therapeutinnen begannen ihre – KV zulässige – Therapieausbildung in den Jahren nach der gesellschaftspolitischen Wende.

(*19) An anderer Stelle beschreibt dieselbe Interviewte, daß sie sich selbst als „*strukturiert und geordnet*“ einschätzt und auf die Frage nach den Vorteilen, der von ihr gewählten Therapierichtung nennt sie „*sehr geordnet, sehr strukturiert*“ – eine Übereinstimmung bis hin zur Wortwahl, die wohl die subjektive Komponente auch in diesem Fall unterstreicht.

So schilderte eine der beiden, daß sie es sehr schätze „*im anderen Dinge freilegen*“ zu können (I2) und die andere Interviewte formulierte: „*Das macht einfach Spaß, sich da reinzufummeln*“ (I1) und weiter: „*das Erspüren und Erfragen ... (trifft auf, d.A.) mein mathematisches Verständnis*“ (I1).

Die beiden Verhaltenstherapeutinnen, erklärten zunächst unisono, daß sie „*sowieso keine reine VT*“ (I4) machen würden, stattdessen „*übergreifend*“ (I3) bzw. „*integrativ*“ (I4) arbeiteten und „*reine Methoden ... für blödsinnig*“ (I4) hielten. Glaubt man ihren Schilderungen, dann scheinen beide eher integrativ a la Grawe denn genuin verhaltenstherapeutisch zu arbeiten.

Allerdings scheint ihre Vorliebe dann doch schon den verhaltenstherapeutischen Methoden zu gehören, denn beide – (im Gegensatz zu den psychodynamisch orientierten Therapeutinnen) selbst sehr kontrolliert wirkende – Therapeutinnen, sehen als große Vorteile der VT, daß sie „*sehr geordnet, sehr strukturiert*“ (I3) sei, daß die VT dem Bedürfnis der „*Patienten (nach, d.A.) ... konkreten Anleitungen*“ nachkomme und nicht zuletzt die Möglichkeit biete, „*sich manchmal an Methoden langzuhangeln*“ (I4).

Zu den Nachteilen ihrer jeweiligen Therapierichtung äußerten sich nur zwei Therapeutinnen: die Analytikerin beklagte Kosten und Zeitdauer ihrer Ausbildung – „*verdammt teure und langwierige Ausbildung*“ (I2) – und eine Verhaltenstherapeutin die Kontingentierung der Therapiestunden: „*45 Stunden reichen nie*“ (I3).

Und an letzterem Zitat anknüpfend, muß ein Wort zu den Gutachten (bezüglich Therapieantrag und –verlängerungen) verloren werden: die Begutachtungspraxis scheint von allen interviewten Therapeutinnen als das größte Ärgernis in ihrem therapeutischen Alltag angesehen zu werden.

Dementsprechend äußern sich auch die Interviewten: „*Immer diese elendigen Gutachten!*“ (I1), „*Berichte schreiben, das ist ein mühseliges Leben und das verfluch ich auch manchmal.*“ (I2) und als Vergeudung von Zeit und Energie empfindet es auch eine dritte Interviewte, „*mit den Gutsachtern (zu, d.A.) streiten*“ (I3).

Vorurteile gegenüber der jeweils anderen krankenkassenzulässigen Therapierichtung (PA/TP vs. VT) existieren und bedienen die jeweiligen Klischees: „*VT – ich mag dieses technische Vorgehen nicht*“ (I1, Tiefenpsychologin) versus „*Analyse und so ist für mich gefühlsmäßig ziemlich quatschig*“ (I4, Verhaltenstherapeutin) bzw. „*tiefenpsychologische und analytische Kollegen, die fangen ja unter 200 Stunden gar nicht erst an*“ (I3, Verhaltenstherapeutin). Allerdings scheint bei diesen Pauschalurteilen nicht nur das Bedürfnis nach Selbstbestätigung sondern auch Abwehr eine große Rolle zu spielen. Zu vermuten ist, daß eine die Kontrolle (des Über-Ichs) eher aufdeckende und aufhebende Therapie bei den sich selbst als „*strukturiert*“ (I3, I4) und „*geordnet*“ (I3) beschreibenden Therapeutinnen Ängste (und eben Abwehr) hervorrufen kann.

Im Zusammenhang mit der Betrachtung von Persönlichkeitsstruktur und gewählter Therapierichtung berichtete allerdings auch die Tiefenpsychologin von einem Kontrollbedürfnis und erstaunlicherweise schien ihr das sehr gut in ihr (psychodynamisches) therapeutisches Konzept integrierbar: „*(Ich, d.A.) ... hab n sehr schnelles Gespür für Atmosphäre – also das ist sicher ne Fähigkeit, die hab ich immer schon gehabt. So, und ... wie ich mit meinem eigenen Leben umgegangen bin, ... da möglichst schnell den roten Faden zu finden ... bzw. die Dinge unter Kontrolle zu bring'n*“ - so gehe sie auch in der Therapie vor (I1). - Ein Statement, welches bereits zum nächsten Punkt führt, dem therapeutischen Alltag.

6.3.1.7. Arbeit als Therapeutin

In diesem Abschnitt werden all die Interviewpassagen, die sich auf den Arbeitsalltag als Psychotherapeutin beziehen - inklusive Coping- und Reproduktionsstrategien – dargestellt und verglichen sowie die mit der psychotherapeutischen Arbeit verbundenen Ziele (Stichwort u.a.: Erfolg), Emotionen (Stichwort u.a.: Zweifel) sowie (Meta-) Kognitionen (Stichwort: Chancen und Risiken psychotherapeutischer Arbeit). Schließlich werden Aussagen zur Stellung des Berufes im Leben der Interviewten dargestellt und kommentiert.

- Erfolg und Kritik

Der Frage der Autorin, was für die Interviewten denn eine erfolgreiche Therapie darstelle – also die Frage (auch) nach den Therapiezielen - wurde von der Mehrheit der Psychologinnen zunächst mit einer (Gegen-) Frage nach der Definition von Erfolg begegnet oder einfach der Begriff Erfolg verworfen und entgegnet: „*es geht darum, gut zu sein - Erfolg hat so 'n Klang 'besser zu sein', das spielt hier keine Rolle*“ (I4) (*20).

Aus dieser Vorgehensweise könnte u.a. wohl der Schluß gezogen werden, daß Erfolg in der Therapie ein sehr ambivalentes und eventuell auch angstbesetztes Thema (Idealselbst vs. Realselbst, Ansprüche vs. Möglichkeiten und Grenzen) zu sein scheint.

Die Psychologinnen ließen sich dann aber doch recht schnell auf das Thema Erfolg ein. Interessant erschien zunächst, daß die Verhaltenstherapeutinnen den Erfolg zunächst an ihrer Person festmachten. Den Selbstbezug demonstrieren beispielsweise folgende Antworten: „*es geht darum, gut zu sein*“ (I4) und ein Erfolg sei es, „*wenn ... mindestens 90% ... (meiner, d.A.) Patienten zum Ende der Therapie kommen*“ und „*kein Erfolg: wenn se über mich och meckern*“ (I3) - wie die von ihr behandelten Patienten über Kollegen. Gerade in letzterem Zitat wird der Außenbezug der subjektiven Erfolgsdefinition dieser Psychologin deutlich.

Aus den Antworten der psychodynamisch (*21) arbeitenden Therapeutinnen nach ihrer Definition von Erfolg ist zunächst ein größerer Patientenbezug herauszuhören: „*Erfolg: ich hab den anderen erreicht, (er, d.A.) kann sich annehmen und ganz gut mit seiner Struktur umgehen, ... der ist zufrieden*“ (I1/TP) bzw. „*ich will, daß es meinen Patienten gut geht, daß sie vorankommen*“ (I2/PA). Daß die Genesung des Patienten als Gradmesser eigener Zufriedenheit betrachtet wird, kommt auch in folgender Bemerkung zum Ausdruck: „*merk ich, s bewegt sich was, (dann, d.A.) ist das schon schön*“ (I2/PA).

Einerseits ist die Gesundung des Patienten, was auch immer man im einzelnen darunter verstehen kann, durchaus ein Zeichen für eine erfolgreiche Therapie, andererseits ist es m.E. auch gefährlich und unprofessionell, die eigene Zufriedenheit oder gar Befindlichkeit von der Befindlichkeit des Patienten abhängig zu machen.

Sicher wird auch den psychodynamisch orientierten Therapeutinnen bewusst sein, daß sie sich im Therapieprozeß abgrenzen müssen, möglicherweise stellt jedoch hier die besondere Qualität des (tiefenpsychologischen/analytischen) Beziehungsprozesses - im Gegensatz zum Beziehungsprozeß in der VT - eine „Störvariable“ im Abgrenzungsprozeß dar.

(*20) Erfolg/Erfolgsdruck: „Der Perfektionist verleugnet ... besonders engagiert seinen Leistungsdruck“ (Schmidbauer, 2002, S. 103).

(*21) „psychodynamisch“ subsumiert analytisch und tiefenpsychologisch

Insgesamt scheint auf Grund der Antworten (*22) der (subjektiv definierte) Therapieerfolg von seiten der Tiefenpsychologin und der Analytikerin mit mehr Emotionen verbunden zu sein, als dies bei den Verhaltenstherapeutinnen der Fall ist. (*23) Zitat: „(eine, d.A.) Therapie, die nicht so wie erwartet ist, da hab ich ganz schön zu knabbern“ (I1/TP).

Der Umgang mit Kritik stellt auch für (die Mehrzahl der interviewten) Psychotherapeutinnen noch immer ein gewisses emotionales Problem dar.

Äußerten sich die Verhaltenstherapeutinnen erneut relativ rational (*22): „*niemand ist perfekt*“ (I3), „*Kritik von Patienten kriegt man ja immer mal wieder – kann man ja ausdiskutieren (und, d.A.) ... so was am Abendbrottisch (mit Psychologen-Ehemann, d.A.) klären*“ (I4), so klingen die Schilderungen der psychodynamischen Therapeutinnen doch schon deutlich emotionaler: „*Kritik – manchmal kränkt mich das zu Tode*“ (I2/PA) bzw. „*ungerecht empfundene Kritik – da kann ich mich auch schon mal beleidigt zurückziehen*“ (I2/PA).

Interessanterweise äußerten sich die Nicht-Therapeutinnen zu den Themen Erfolg und Kritik insgesamt weitaus emotionaler als die Verhaltenstherapeutinnen.

Auch für sie scheint Erfolg in der Beratung schon auch ich-stärkend und Misserfolg nicht allzu schnell rationalisierend oder intellektualisierend abwehrbar.

Und auch mit (gegenüber ihnen geäußelter) Kritik gehen die interviewten Nicht-Therapeutinnen (zunächst) weitaus stärker emotional denn distanziert-kognitiv um.

- Klienten(*24)

Auf die Frage, unter welchen Umständen sie Klienten ablehnen würden, benannten die beiden psychodynamisch orientierten Psychologinnen zunächst den *Clean-Anspruch* (I2). Die Tiefenpsychologin begründete die Ablehnung sogar mit eigenen Beschränkungen: „*Ich kann mit Alkoholikern nicht umgehen: da fehlt mir die notwendige Härte und Konsequenz.*“ (I1)

Neben diesem (Therapie-) Ausschlusskriterium beschrieben die Therapeutinnen auch bestimmte Verhaltensweisen von Klienten, die erst im Laufe einer Therapie zum Vorschein kämen – dann aber auch zu Krisen im Therapieprozeß bis hin zum Therapieabbruch führen könnten. Zu diesen, das therapeutische Bündnis gefährdenden Verhaltensweisen zählten die Interviewten v.a. wenn der Klient „*kein Vertrauen*“ entwickeln könne (I2/PA) bzw. wenn „*der Klient nicht die Wahrheit sagt, viele Dinge vorenthält*“ (I3/VT).

Eine Verhaltenstherapeutin berichtete, daß sie Klienten auch dann ablehne, wenn sie annehme, daß dem Klienten „*analytischer Methoden ... gerechter*“ (I3) werden würden. Dieselbe Therapeutin äußerte auch – allerdings eher allgemein formuliert - , daß Therapeuten mit bestimmten biographischen Besonderheiten oder psychischen Dispositionen „*zum Eigenschutz bestimmte Patienten nicht annehmen*“ (I3) sollten.

(*22) Gerade bei den sich im Interview eher distanziert und kontrolliert gebenden Verhaltenstherapeutinnen mögen die Interviewantworten auch von den tatsächlichen Empfindungen abweichen.

(*23) Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf verwiesen, daß natürlich die Größe der Stichprobe keinerlei Generalisierungen erlaubt.

(*24) Im Rahmen einer Vorstudie zur Diplomarbeit wurden Psychotherapeuten zur Struktur der Erkrankungen ihrer ostdeutschen Klienten vor und nach 1989/90, zur Veränderung der Beziehungsqualität Klient-Therapeut u.v.a.m. befragt. Siehe Anhang 9.

Die jüngste Therapeutin äußerte sich insgesamt am ausführlichsten und am offensivsten zur Thematik: „*Gerade wenn's schwierig wird*“, dann möchte sie „*gern damit klarkommen, gerade wenn's schwierig wird, dann interessiert's mich besonders – Standardfälle hat man ja genug*“ (I4).

Und bezüglich Beginn und/oder Abbruch einer Therapie weist sie auf die unbewusste Ebene im therapeutischen Beziehungsprozeß hin: „*Patienten, mit denen ich nicht kann, kommen dann auch (von allein, d.A.) ... nicht wieder*“ und bei Absagen würden „*viele unbewusste Sachen ne Rolle*“ spielen. – Interessant, daß hier eine Verhaltenstherapeutin auf die „Filterfunktion“ des Unbewussten bzw. die durch das Unbewußte gesteuerte „natürliche Auslese“ der Klienten verweist.

Abgesehen davon, daß Klienten wie Therapeuten ihren unguuten Gefühlen (sprich ihrem Unbewußten) hinsichtlich der Beziehungsqualität, der wesentlichsten Wirkkomponente im therapeutischen Prozeß, wohl eher selten – „*aller halben Jahre mal*“ (I4) – folgen und gegebenenfalls die Therapie abbrechen, stellen Abbruch und „*Ablehnung immer ne ganz heikle Angelegenheit dar*“ (I2). Heikel in dem Sinne, daß angesichts der Diskrepanz von Angebot und Nachfrage von Therapieplätzen, der Patient nur beschränkte Wahlmöglichkeiten hat und eher längere Wartezeiten (erneut) in Kauf nehmen muß.

Die Nicht-Therapeutinnen betrachten ihre Klienten eher als Kunden. Da es vordergründig hier auch weniger um die psychischen Störungen dieser Kunden geht, scheint das Verhältnis Psychologin – Kunde vergleichsweise distanzierter zu sein.

Daß die Beratungsgespräche zuweilen aber durchaus auch sehr emotionsreich verlaufen und bis zum Beratungsabbruch führen können, schilderte zumindest die Verkehrspsychologin (*25).

- Zweifel (am fachlichen Vermögen und/oder der menschlichen Eignung)

Mit Ausnahme zweier Therapeutinnen (Interview Diva, I4) gaben alle interviewten Psychologinnen an, eigene Zweifel an ihrem fachlichen Vermögen zu kennen. Zweifel an ihrer menschlichen Eignung äußerte hingegen keine Psychologin.

Von den hier zum Vergleich stehenden Therapeutinnen erklärte nur die jüngste (und m.E. ehrgeizigste), keine Zweifel an ihrem fachlichen Vermögen (kurz: Kompetenz) zu kennen. Allen anderen waren Zweifel nicht fremd: „*Zweifel an fachlicher Kompetenz: ... sekundenweise fast täglich*“ (I2), „*fachliche (Zweifel, d.A.) ... auf jeden Fall*“ (I3). Und in diesen Situationen, in denen die Zweifel auftauchten, überlege man dann auch: „*Werde ich dem Patienten überhaupt gerecht?*“ (I2) und denke „*man ist nicht gut genug, man weiß nicht genug*“ (I1).

Allerdings seien diese Krisen als Korrektiv gegen Routine schon „*in Ordnung*“, würden sie den Therapeuten doch dazu zwingen, seine „*Fähigkeiten neu (zu, d.A.) ... überdenken*“ (beide Zitate I1).

Insgesamt seien es jedoch „*keinen tiefen Zweifel*“ (I3) oder ironisch ausgedrückt: „*bis zur Berufsunfähigkeit ging's noch nicht*“ (I1).

(*25) Am Schreibtisch dieser Psychologin befand sich folgender – für den Klienten gut sichtbarer – Spruch a la: „Wenn hier einer schreit, dann bin ich es!“. Die Psychologin erwähnte auch im Interview, daß sie bestimmte Klienten/Kunden sehr wohl auf diesen Spruch aufmerksam machen müsste.

Interessanterweise äußerten auch die Nicht-Therapeutinnen trotz der vergleichsweise eher distanzierteren Kunden/Klienten-Beziehung und dem vergleichsweise größerem Angebot an narzisstischer Gratifikation, daß sie „*haufenweise, durchgehend, natürlich*“ Zweifel an ihren Fähigkeiten hätten (Interview Missionarin).

- Copingstrategien

Mit welchen Strategien begegnen die Therapeutinnen nun diesen Zweifeln?

Es sind v.a. zwei Strategien, derer sich die Interviewten bedienen: einerseits erfolgt ein Rückgriff auf Kindheitsmuster, sprich auf (früh) erlerntes Verhalten, hier die Beschäftigung mit (Fach-) Literatur – „*in so 'ner Phase kauf ich mir immer unwahrscheinlich viele Bücher*“ (I1) - , andererseits wird der fachliche Austausch – Supervision (I1, I4), Lehranalyse (I2), Partner (=Psychologe; I4) – gesucht.

Hinsichtlich der Supervision ist es für eine Therapeutin von Bedeutung, darauf hinzuweisen, daß diese „*in Zusammenhängen, die mir menschlich auch sehr wichtig sind*“ (I4) stattfindet, insbesondere wohl auch dann, wenn es um die „*persönlichen Anteile*“ bei den Schwierigkeiten mit den Patienten gehe (I4) (*26) und eine andere findet es entlastend, im Rahmen der Supervision zu sehen, daß es ihren Kollegen auch „*nicht anders*“ (I1) (er-)geht.

Eine der Verhaltenstherapeutinnen setzt hingegen v.a. auf die Fähigkeit zur Abgrenzung – bei Wahrung der Empathie.

Wichtig – so ihre Meinung – sei eine „*Balance: auch ... abstreifen zu können und trotzdem dem Patienten mit allen Sinnen zur Verfügung zu stehen*“ (I3).

Stabilität und Selbstsicherheit erlangen auch die Nicht-Therapeutinnen in Phasen der Zweifel in erster Linie durch Super- und Intervision sowie durch das Studium der Fachliteratur.

- Chancen und Risiken psychotherapeutischer Arbeit

Eine große Identifikation mit dem Beruf wird bei den Antworten auf die Frage nach den Chancen und Risiken oder - wie es wohl von einigen der Interviewten verstanden wurde – nach den Vor- und Nachteilen der psychotherapeutischen Arbeit sichtbar. Denn werden Risiken kaum und Nachteile eher vereinzelt genannt, so äußern sich doch alle Befragten - zum Teil recht emotional - zu den Chancen, die ihre Arbeit bietet.

(*26) Jaeggi beschreibt eine Befragung von Marlis Möller, die sich mit dem Schameffekt in der Supervision befasst. „Kompetenzscham, Scham über eine Diskrepanz zwischen Selbst und Selbstideal, Scham über das Sichtbarwerden von ungeahnten Selbstanteilen ... und anderes mehr“. (Jaeggi, 2001, S. 130f)

Zunächst zu den Chancen:

- Psychotherapie ist abwechslungsreich: „das is immer wieder spannend, ... nicht eintönig, ... Routine zieht nicht ein“ (I1), „es ist einfach noch alles aufregend und spannend“ (I2), „was man hier zu hören kriegt, (da, d.A.) ... kann man Geld und Karten für Oper und Kino sparen“ (I4),
- Psychotherapie kann Menschen helfen: „wenn Leute, die schwer gelitten haben, ... wieder Hoffnung und Mut schöpfen“ (I3), „man kann anderen auf die Beine helfen, was einen schon n paar Zentimeter größer sein lässt“ (I2) und
- Psychotherapie kann zur Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit des Therapeuten beitragen: „(Chancen:, d.A.) Persönlichkeitsentwicklung auf jeden Fall“ (I3), „Soziale Kompetenz, was ich ganz positiv finde“ (I1).

In der Antwort einer jungen Analytikerin drückt sich noch am unmittelbarsten das Gefühl des doppelten Zugewinns – an emotionalen und kognitiven Erfahrungen sowie an Geld – aus: „Ich sitze hier und rede tagtäglich stundenlang mit Menschen und kriege dafür auch noch Geld. Das ... allein find ich ... ne unglaubliche Bereicherung, ... auch n Luxus“ (I2).

Zu den Risiken:

Genannt wurde zu diesem Punkt von einer Verhaltenstherapeutin nur das Risiko, sich psychisch zu überfordern und – bei einer entsprechenden Disposition – zu erkranken: „Wenn man persönlich sehr belastet ist, dann ist man ... natürlich als Psychotherapeut auch mehr gefährdet, eigene psychische Krankheiten zu bekommen“ (I3). (Vergleiche auch Punkt 2.3.4.)

Zu den Nachteilen:

Als Nachteile wurden die für Selbstständige typischen Selbstausbeutungstendenzen (Stichwort: kein Feierabend) und die nicht funktionierende Abgrenzung (Stichwort: das sogenannte Nicht-Abschalten-Können) angeführt.

So klagte eine Therapeutin: „man findet kein Ende“ (I1) und eine andere empfand es auch als negativ, daß man „nicht die Tür zumachen kann“ und „einige Patienten einen immer noch durch den Kopf gehen“ (I2). (*27)

Sehr unterschiedlich wurden die „Deformation professionell“, hier: die (psychologische) Analyse menschlicher Äußerungen und Aktionen außerhalb des therapeutischen Arbeitsbereiches, und die Stigmatisierung des Psychologen als Ratgeber für alle (v.a. zwischen-) menschlichen Probleme aber auch als Gut- oder Übermensch bewertet. So berichtete die Tiefenpsychologin (Stichwort Deformation professionell), daß sie von ihrem sozialen Umfeld schon aufgefordert worden sei, „doch mal nicht mit dem Blick des Psychologen“ zu schauen, sie aber in diesem Zusammenhang gleichzeitig zugab: „ich weeiß gar nicht, ob ich das noch differenzieren kann“ und versicherte, daß ihr ihr Fachwissen schon auch „manchmal privat weiter“ geholfen habe (alle Zitate I1).

(*27) Das Nicht-Abschalten-Können ist sicher kein berufsspezifisches Problem, allerdings, so Jaeggi, sei der Psychotherapeut „in besonderer Weise betroffen, wenn ihm menschliches Leid sehr nahe geht, wenn er sich unfähig fühlt, einem Menschen zu helfen, und das Gefühl hat, es gäbe vielleicht doch noch andere Herangehensweisen, die er versäumt hat. Es scheint weniger der Ärger als vielmehr ein nagendes Schuldgefühl zu sein, was Therapeuten außerhalb der Stunden erleben.“ (2001, S. 121)

Die Analytikerin (Stichwort: Ratgeber) erzählte, daß sie im „Freundeskreis ... dann schon och mal zur Seite genommen wird: Mensch was sagst `n dazu? ... – das es schon n großes Vertrauen ist, was die Leute in einen haben ... das ist schon ... angenehm“ (I2).

Wie sehr sie das Klischeebild vom Psychologen (Stichwort: Gut/Übermensch) nervt, kommt in folgender Darstellung einer Verhaltenstherapeutin zum Ausdruck: „Der Satz von meiner Mutter `Du bist doch Psychologin, du mußt das können.` - der kotzt mich an“ und ähnlich unwillig stehe sie der Erwartung gegenüber, „man müsse doch immer und alles ausgleichen“ (I4). (*28)

- Stellung des Berufes (*29)

Der Beruf hat „ne sehr wichtige (Stellung, d.A.) ... , ne sehr zentrale, der Beruf ist was sehr, sehr wichtiges“ (I4) – so die Einschätzung der jüngsten Befragten. Und sehr ähnlich äußern sich auch die anderen Therapeutinnen.

So konstatierte die Analytikerin, daß der Beruf schon einen „irre großen Teil“ (I2) des Lebens einnehme und eine der Verhaltenstherapeutinnen benennt den Beruf neben Familie und Freizeit als dritten wichtigen Punkt in ihrem Dasein und würde „niemals ohne wirklich guten Beruf sein wollen“ (I3).

Ebenso äußerte sich die vierte Interviewte: „Mein Mann sagt: `Du bist mit Deinem Beruf verheiratet.`“ Und ergänzt: „Ich könnte ohne Beruf gar nicht ... – nach drei Wochen Urlaub freu ich mich auf meine Leute (Patienten, d.A.) wieder.“ (beide Zitate I1)

Auch für die Nicht-Therapeutinnen stellt ihr Beruf einen sehr wesentlichen Teil ihres Lebens dar, bietet er doch – neben allen Zweifeln – auch reichlich (Möglichkeiten zur) Selbstbestätigung und die Basis finanzieller Selbstständigkeit.

6.3.1.8. Freizeit und Familie

- Freizeit

Mehr oder weniger deutlich konnte während der Interviews der Eindruck entstehen, daß Freizeit eher weniger als bedurft und gewünscht zur Verfügung steht (*30). Die Unzufriedenheit mit dieser Situation erfuhr die Autorin ganz direkt auf ihre Fragen bezüglich Freizeitumfang und –interessen: „*Ich mache ja in der Regel 40 Therapiestunden die Woche ... – über weiteres brauchen wir dann nicht zu diskutieren*“ und „*(Hobbies, d.A.) – ne blöde Frage, wir sind total im Streß*“ (I4).

(*28) „Die immer wieder durchscheinende Norm der Identität von Berufs- und Privatleben ist störend – sowohl auf dem Weg zum guten Psychotherapeuten als auch auf dem Weg zu einer besseren und moralischeren Existenz.“ (ebenda, 2001, S. 221)

(*29) Zu beachten ist: für die Mehrheit von Frauen mit DDR-Sozialisation bildete der Beruf schon immer einen wichtigen Aspekt der Identität.

(*30) Eine Situation, die wohl für die Mehrheit der Selbstständigen bzw. Freiberufler charakteristisch ist.

Auf die Frage nach den Freizeitinteressen wurde von fast allen Interviewten die Begegnung und Kommunikation mit Freunden als „*sehr wichtig*“ (I4) eingestuft. Sehr oft scheinen auch „*aus beruflichen Geschichten*“ (I4) Freundschaften entstanden zu sein: „*in meinem Freundeskreis (sind, d.A.) ne ganze Menge Psychotherapeuten*“ (I2)
 Als weitere Interessen wurden angeführt: körperlicher Ausgleich (I2) sowie Lesen und Reisen (I3).

Die Nicht-Therapeutinnen klagten ebenfalls über zuwenig Freizeit bzw.- hier insbesondere die Verkehrspsychologin – zusätzlich über zuwenig Energie, die wenige Freizeit wie gewünscht (z.B. mit Theaterbesuchen) zu nutzen.

Das Treffen mit Freunden – „ich halte einmal im Monat einen Salon ab“ (Interview Missionarin) - und der körperliche Ausgleich – „ich gehe in das Fitnessstudio gleich um die Ecke“ (Interview Verkehrspsychologin) stellen auch hier die wesentlichsten Beschäftigungen in der arbeitsfreien Zeit dar.

- Familie

Zunächst ist zu konstatieren, daß alle der vier hier im Vergleich dargestellten Therapeutinnen anscheinend glücklich verheiratet waren und drei von ihnen jeweils 2 (I3, I4) bzw. 3 Kinder (I1) haben.

Zwei der Therapeutinnen waren mit Kollegen (Psychologe-I4, Arzt-I1) verheiratet. Die selbstständige Tätigkeit der Frau schien nur für einen der Ehemänner ein Problem gewesen zu sein, allerdings musste dieser Mann auch – im Interesse der Frau, welche jünger ist und deren Selbstständigkeit also „*mehr Perspektive*“ hätte – auf eine eigene Niederlassung (als Arzt) verzichten und in den Angestelltenbereich gehen, was ihn schließlich teilweise „*richtig depressiv*“ (alle Zitate I1) gestimmt habe.

Insgesamt scheint die Familie für alle Therapeutinnen ein festes Fundament zu sein, von dem aus sie auch beruflich agieren können.

Über weitaus gravierendere Eheprobleme berichteten hingegen die Nicht-Therapeutinnen. Möglicherweise birgt hier auch das unter den Männern in den alten Bundesländern bzw. Westberlin noch verbreitete (traditionelle) Rollenverständnis ein gewisses Konfliktpotential. (*31)

Als besonders ehegefährdend – so die Aussage der Psychologin aus dem A&O-Bereich – erweise sich jedoch nicht die selbstständige Tätigkeit der Frau per se, sondern die narzisstischen Gratifikationen und die vielen (interessanten) Kontakte, die sich aus ihrer Arbeit als Coach und (Unternehmens-/Personal-) Beraterin ableiteten (Interview Missionarin).

Auch die Nicht-Therapeutinnen haben 2 (Verkehrspsychologin) bzw. 3 (Missionarin) Kinder.

(*31) Beide Nicht-Therapeutinnen und ihre Männer wurden in der BRD bzw. Westberlin sozialisiert.

6.3.1.9. Berufliche und persönliche Zufriedenheit

Sind die Nicht-Therapeutinnen beruflich mehr und persönlich – wie oben erwähnt - deutlich weniger zufrieden, so schildern sich die Therapeutinnen insgesamt als zufriedener: *„Ich bin wirklich sehr, sehr zufrieden ... Also es ... überwiegt schon einfach wirklich noch das Glücksgefühl“* (I2), *„insgesamt betrachtete, bin ich sehr zufrieden“* (I3).

Und selbst die Verhaltenstherapeutin, die sehr fatalistisch konstatierte: *„ Es ist im Prinzip egal, was ich mache: wenn ich mich für etwas entschieden habe, dann mach ich das auch – insofern ist es egal, was ich mache“*, bekennt an anderer Stelle, daß sie *„mit dem Beruf hundeprozentig zufrieden“* sei (beide Zitate I4).

Alle neun interviewten Psychologinnen würden wahrscheinlich nicht ohne Einschränkungen dieser letzten Aussage zustimmen wollen, allerdings schien die Identifikation mit dem Beruf insgesamt schon sehr hoch – wie auch der Grad der Zufriedenheit mit der jeweiligen psychologischen Tätigkeit.

Daß trotz großer Arbeitsbelastung im Kontext einer selbstständigen Tätigkeit, angesichts zuweilen nur langfristig und mühsamer zu erreichender Therapiefortschritte (*32) bei den Klienten sowie Zweifel an der eigenen fachlichen Kompetenz trotzdem eine große Zufriedenheit mit dem Beruf geschildert wird, könnte vermutlich auch auf eine eher idealistische Einstellung zurückgeführt werden. (siehe Punkt 2.3.)

(*32) Im Beratungsbereich werden – im Vergleich zur Psychotherapie - eher überschaubare Ziele angestrebt, die in definierten - i.d.R. verhältnismäßig kurzen Zeiträumen - erreicht werden sollen.

6.3.2. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse, die im Kapitel 6.3.1. bislang ausführlich beschrieben wurden, werden nachfolgend (*33) systematisiert dargestellt.

Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt im Kapitel 7 „Diskussion und Ausblick“.

Zunächst werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der vier ausgewählten Berufsbiographien (*34) benannt, anschließend folgt ein Vergleich der Berufsbiographien der interviewten Psychotherapeutinnen und der nicht therapeutisch tätigen Psychologinnen und abschließend sollen Besonderheiten, die (möglicherweise) in der unterschiedlichen Sozialisation (BRD/DDR) der interviewten Psychologinnen wurzeln, Erwähnung finden.

6.3.2.1. Vergleich der vier ausgewählten Berufsbiographien

„Wenngleich Psychotherapeuten vermutlich so verschieden sind wie Menschen überhaupt: daß der Beruf viele davon in besonderer Weise prägt, glaube ich wohl.“

Eva Jaeggi (2001, S.218)

- Gemeinsamkeiten berufserfahrener Psychotherapeutinnen mit DDR-Sozialisation

Entwicklungsabschnitt	Gemeinsamkeiten	Assoziationen
Kindheit	Unbeschwerte Kindheit	Urvertrauen, stabiles Selbst, Konstanz, Wertschätzung
	Oft lebhaftes Kind	Freies Kind
	Viel „draußen“ gespielt	„Erdung“
	Väter sind oft Intellektuelle (Ärzte, Pastoren, Wissenschaftler)	
	Starker Vaterbezug	Elektrakomplex
Schulzeit	Lesesucht	Neugierig (vgl.: „Neugier als Beruf“), Perspektivwechsel, Leben (Erfahrungen) aus zweiter Hand, phantasiebildend
	Sportleidenschaft	Ehrgeiz, Grenzen überwinden, Durchhaltevermögen, Körpergefühl

(*33) Unter Bezugnahme der aktuellsten Bücher zur Thematik von Eva Jaeggi „Und wer therapiert die Therapeuten?“ und Wolfgang Schmidbauer „Helfersyndrom und Burnout-Gefahr“.

(*34) Da die Genese des Berufswunsches m.E. durchaus ihren Beginn in der Kindheit und Jugend der untersuchten Person haben kann, werden an dieser Stelle auch diese Entwicklungszeiten - im Zusammenhang mit der individuellen Berufsbiographie - betrachtet.

Gemeinsamkeiten (Fortsetzung)

Entwicklungsabschnitt	Gemeinsamkeiten	Assoziationen
Schulzeit	Sehr gute Schulleistungen	Ehrgeiz, vielfältige Interessen, Intelligenz, Bestätigung durch Leistung, Leistungsorientierung
Wahl des Berufes (des Studiums)	Idealbild ohne reale Kenntnisse	Philanthropie, Idealismus, Naivität, Größenwahn (*35)
Studium	Ent-Täuschung	Ent-Idealisierung, Realismus, Frustration
	Rudimentäre klinische Ausbildung (*36)	
	Durchorganisiert, Abschluß nach 4-5 Jahren	Fortsetzung der Schule mit anderen Mitteln
Berufsanfang	Nach dem Studium sofort Arbeit („es war klar, jeder findet etwas“ I3)	
	Kompetenzdefizite	Kognitive Herausforderung, Ängste, Ärger (über die praxisferne Universitätsausbildung)
	Lesen, lesen, lesen	Kindheitsmuster, Ehrgeiz
	Zunächst (psychiatrische) Klinik	= zunächst Weiterlernen (psychiatrische Kenntnisse, Klinikstrukturen), kein einfacher Weg (Kämpfer, Sportler)
Berufliche Etablierung (*37)	Ärger mit Kollegen, Mobbing	Emotionale Herausforderung
	Aus dem Feld gegangen	Flucht, der Klügere gibt nach
	Fachliche Kompetenz	Kontrolle
	Kaum Arbeitsplatzwechsel	Konstanz gesucht

(*35) Nach Jaeggi ist für Psychotherapeuten – respektive Psychologen – eine Idealisierung des Berufes typisch. Sie spricht in diesem Zusammenhang auch vom „Größenwahn des ‚Besonderen‘, der bereits die Berufswahlmotive durchzieht. (2001, S. 216)

(*36) „Anders als beim Arztberuf ist schon im Studienplan der Psychologen ... dafür gesorgt, daß (sie, d.A.) ... verwirrt werden, weil sie nie das Gefühl haben können, sie würden wirklich in einer einigermaßen klaren Linie zu ihrem Beruf geführt. Hin – und Herschwankend zwischen Natur- und Sozialwissenschaften sowie zwischen Berufsausbildung und ‚reiner‘ Wissenschaft, wird der Anspruch der Wissenschaftlichkeit ... immer wieder in Frage gestellt, ohne daß ein klarer Bezug zu irgendeiner Art von Praxis auszumachen ist.“ (ebenda, S. 87)

(*37) Nach durchschnittlich 5-7 Berufsjahren.

Vergleiche Punkt 2.2.2.2., Entwicklungsaufgaben nach Super et al.

Gemeinsamkeiten (Fortsetzung)

Entwicklungsabschnitt	Gemeinsamkeiten	Assoziationen
Phase des gesellschaftspolitischen Umbruchs (Wende)	Berufliche Unsicherheit („Was nun?“ I1) Arbeitsmarktabhängigkeit	Kontrollverlust
	Orientierung	
	Anpassung und Weiterbildung (Therapieausbildung)	Offensiv, optimistisch, aktiv
	Etablierung als Psychotherapeutin Arbeitsmarktunabhängigkeit	Kontrolle (wieder erlangt)
Arbeit als Therapeutin	Spannend, interessant	Neugierde (bewahrt)
	Ziel bzw. Ergebnisorientiert	Leistungsorientierung, Dominanz der Kognitionen
	Clean-Anspruch	
	Kaum Ablehnungen, Abbrüche	Helferimpuls versus eigene Grenzen/Emotionen
	Zweifel an eigener Kompetenz (*38)	Idealselbst versus Realselbst, hohes Anspruchsniveau, Leistungsgedanken
	Intervision/Supervision (*39)	Frustabbau, die anderen kochen auch nur mit Wasser, Intellectualisierungen, auf der gleichen Seite der Barrikade, Distanz, Arbeitsfähigkeit
	Kompetenzentwicklung durch Weiterbildungen und Literaturstudien	Kontrollbedürfnis, Lernen wurde gelernt, Neugier, Sicherheitstraining
	Beruf nimmt zentrale Stellung ein	Idealismus (bewahrt), lebensbestimmend/ -beeinflussend
	Freizeit: wichtig, zu wenig, Freunde treffen & körperlicher Ausgleich	Leistungsorientierung Perspektivwechsel, Spannungsabbau, Aggressionsabbau

(*38) „Die Unsicherheit, in die man fällt, wenn man allein und ohne wesentlich Kontrolle seinen Beruf ausübt, ist beträchtlich.“ (ebenda, S. 19) bzw. „Die Euphorie mancher Tage im Beruf weicht immer ganz schnelle der Einsicht, daß man nur sehr begrenzte Mittel hat.“ (ebenda, S. 173)

(*39) „Supervisionsgruppe ... , wo man sich unter Gleichgesinnten den Frust von der Seele reden kann“ (ebenda, S. 90)

Gemeinsamkeiten (Fortsetzung)

Entwicklungsabschnitt	Gemeinsamkeiten	Assoziationen
Arbeit als Therapeutin (Fortsetzung)	Familie: Glückliche, langjährige Partnerschaften z.T. mit Kollegen, i.d.R. 2-3 Kinder (*40)	Kindheitsmuster, Konstanz, emotionale „Tankstelle“, kognitiver Austausch, Basis, Realitätsbezug (*41)
	Berufliche und persönliche Zufriedenheit: sehr hoch	Das Leben im Griff
	Maxime (u.a.): Kontrolle über das eigene Leben besitzen (*42)	Angstabwehr, Kognitionen dominieren Emotionen, Triebabwehr

Fazit:

Abgesehen davon, daß zu vermuten ist, daß eine so individuumorientierte, das besondere Selbst des Patienten/Klienten stärkende Profession Auswirkungen auf Wahrnehmung und Ausdruck der eigenen Individualität hat, erlaubt auch die Größe der Stichprobe im Grunde nicht, von der „typischen“ ostdeutschen Psychotherapeutin bzw. ihrer „typischen“ Berufsbiographie zu reden.

Bestenfalls können bestimmte Trends oder Auffälligkeiten bemerkt und dargestellt werden. Und in diesem – vorsichtigem – Sinne sind nachfolgende Bemerkungen zu verstehen.

(*40) „Immer wird (von Theoretikern des Therapeutenberufes, d.A.) postuliert, daß das Private ... die Quelle für das berufliche Können ist, daß ein geordnetes Privatleben mit tiefen menschlichen Beziehungen ... wichtig ist, damit man sich auch der anstrengenden Patientenarbeit entsprechend widmen könne.“ (ebenda, S. 151f)

(*41) In einem Exkurs über das Buch von Yalom „Die rote Couch“ merkt Jaeggi an, daß die Kenntnis (der vielfältigen Facetten) der Realität der Annäherung an das Leben der Patienten und also dem besseren Verständnis dienlich sei. (ebenda, S.172)

(*42) Kontrollbedürfnis: Jaeggi verweist in diesem Zusammenhang auf Rouslin-Welt und Herron, welche behaupten würden, daß „Personen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur häufiger als andere von diesem Beruf angezogen werden. Sie nennen das ausgeprägte Kontrollbedürfnis des Psychotherapeuten als eines seiner wesentlichsten Persönlichkeitsmerkmale ... “ (ebenda, S. 48)

Die „typische“ ostdeutsche berufserfahrene Psychotherapeutin ...

... wuchs in einer behütenden, *liebvollen* Familie auf, war lebhaft, selbstbewusst und in spielte gern in der Natur.

... hat ein besonderes Verhältnis zu ihrem *Vater*.

... war in ihrer Schulzeit, leistungsorientiert, sozial eingestellt, *erfolgreich*.

... *las* überaus gern und viel (Neugierde, Phantasie) und betrieb intensiv eine Sportart (Leistung).

... ist *ehrgeizig*, fleißig.

... ist *kontrollierend* (Abwehr von Kontrollverlust).

... verfügt über großen *Realitätsbezug* – bei aller (noch vorhandenen) *idealistische* Sicht auf den Beruf.

... kennt *Zweifel* an ihren fachlichen Fähigkeiten.

... sucht die Zweifel(zunächst *allein*) zu kontrollieren (Literatur).

... ist eher *ziel/erfolgsorientiert* (Therapieabschluß) denn prozessorientiert.

... hat zuweilen Probleme, die eigene Grenzen (wahrzunehmen? und) zu artikulieren (Stichworte Klientenwahl, Therapieabbrüche).

... ist zumeist mit einem Mann aus dem medizinisch-sozialem Bereich glücklich verheiratet, hat i.d.R. 2 Kinder und trifft sich gern mit Freunden.

... ist sehr *zufrieden mit Beruf und Privatleben*.

Die „typische“ Berufsbiographie einer berufserfahrenen ostdeutschen Psychotherapeutin

In der Kindheit Entwicklung emotionaler Intelligenz durch den Umgang im Elternhaus.

Diffuse Berufsvorstellungen in der Schule: was mit Menschen, anderen helfen.

Naive Berufsvorstellungen noch direkt vor Studienbeginn. Bis dato kein Kontakt mit Psychologen/Psychotherapeuten.

Verschultes (DDR-) Studium mit Fleiß bewältigt. Nach 4-5 Jahren Diplom.

Nach Abschluß des Studiums sofort Berufsbeginn in einer (psychiatrischen) Klinik – Suche nach einer Herausforderung (a la „Förderung durch Forderung“ I3).

Nach 5-10 Jahren: Wechsel in den ambulanten Bereich.

Kurze Zeit nach der gesellschaftspolitische Wende (1989/90) Beginn einer Therapieausbildung.

Mitte/Ende der 90er Jahre Approbation und Niederlassung.

Zum Interviewzeitpunkt: Relativ etablierte, an sich arbeitende (z.B. Weiterbildungen besuchende) Psychotherapeutin, die (idealerweise) aus einer stabilen Familiensituation heraus ihrer Profession mit viel Engagement und Interesse nachgehen kann.

4 Entwicklungskrisen:

1. Desillusionierung und damit einhergehende Enttäuschung zu Beginn des Studiums (Stichwort: Struktur des Grundstudiums).(*ideelle Krise*)

2. Praxisschock: Fachliche Anforderungen der Praxis versus praxisfernes Universitätswissen (*kognitive Krise*)

3. Interaktionsprobleme in der Phase der Etablierung (*emotionale Krise*)

4. „Wende“: *existenzielle Krise* (Arbeitsplatzunsicherheit/ Gefühl des Kontrollverlustes)

- Unterschiede berufserfahrener Psychotherapeutinnen mit DDR-Sozialisation

Finden sich erstaunlich viele Gemeinsamkeiten bezüglich der Berufsbiographien der vier Psychotherapeutinnen, so sind Unterschiede eher hinsichtlich bestimmter beobachtbarer Persönlichkeitsmerkmale zu bemerken.
Interessanterweise unterschieden sich die Therapeutinnen nicht auf Grund ihres Alters oder der Dauer ihrer Berufslaufbahn sondern - so überhaupt Unterschiede bemerkbar waren - dann schienen diese eher mit der unterschiedlichen Therapierichtung zu korrespondieren.

Dementsprechend sollen die Unterschiede – die *in der Interaktion* während der jeweiligen Interviews von der Autorin *wahrgenommen* wurden - dargestellt werden:

Verhaltenstherapeutin (I3, I4)	Tiefenpsychologin/Psychoanalytikerin (I1, I2)
Distanziert	Nähe herstellend, „auf Augenhöhe“
Die Situation kontrollierend	Sich auf die Situation einlassen
Starke Abwehr bei bestimmten Fragen (Familie, Schwächen)	Auch intimen Fragen (Familie, Krisen) gegenüber sich – bis zu einem gewissen Grad - öffnend
Angespannt	Eher locker wirkend
Positive Selbstdarstellung überwiegt	Differenzierte(re) Selbstdarstellung
Ehrgeiz erspürbar	%
Intellectualisierung als Abwehr	Wenig Abwehr spürbar
Logische Berufsbiographie, Konstanz	Berufsbiographie mit Brüchen und Zufällen
%	Zugewandt, offenherzig

Insgesamt machten die Verhaltenstherapeutinnen einen sehr kontrollierten bzw. kontrollierenden Eindruck, wobei die in Nebensätzen zum Ausdruck kommende große subjektive Bedeutung der Emotionalität („*wichtige Entscheidungen in meinem Leben, die fallen dann irgendwo aus `n Gefühl heraus*“ I4) schon auffällig war.
Diese Diskrepanz kann möglicherweise! mit Unsicherheit (keine eigene Psychotherapie), erlerntem Verhalten, mit zwanghaften Charakterstrukturen (und den damit verbunden Kontrollbedürfnissen) oder anderen Persönlichkeitsvariablen erklärt werden.

6.3.2.2. Vergleich der Berufsbiographien von Psychotherapeutinnen und nicht therapeutisch tätigen Psychologinnen

Prämisse: Da es organisatorisch nicht möglich war, die Variable Herkunft/Sozialisation zu kontrollieren, sprich keine im A&O- Bereich tätige Psychologin bzw. keine Verkehrspsychologin mit ostdeutscher Sozialisation für ein Interview zu gewinnen, wurden die entsprechenden Interviews mit den sogenannten Nicht-Therapeutinnen mit Psychologinnen westdeutscher bzw. –berliner Herkunft geführt (Interview Missionarin, kurz: M; Interview Verkehrspsychologin, kurz: V).

Hinsichtlich der *Berufsbiographien* erschienen die Unterschiede, die in der unterschiedlichen *Sozialisation* wurzelten größer als die Unterschiede, die in der unterschiedlichen Tätigkeit (Therapie-Beratung: A&O, Verkehrspsychologie) begründet waren.

Zu dieser Vermutung trug auch ein Interview mit einer Therapeutin (Interview Diva, kurz D) westberliner Herkunft bei.

Im folgenden sollen daher die beobachteten Unterschiede, die auf einer westdeutschen bzw. – berliner Sozialisation beruhen dargestellt werden.

Anschließend werden dann Besonderheiten der Nicht-Therapeutinnen gegenüber den Therapeutinnen dargestellt – wobei die Darstellung auf Grund der Störvariable Herkunft entsprechend zu relativieren ist.

Besonderheiten der Berufsbiographien berufserfahrener *westdeutscher/-berliner Psychologinnen*

- *heterogene Kindheit* (*43) (Nachkriegszeit, Armut, Scheidung: V, morphinsüchtige Mutter: D, 6 Geschwister: M)
- enge, widersprüchliche Beziehung zu Vater (D) bzw. Großvater (V)
- Idealismus als wesentlichste Quelle des Berufswunsches
- *Studium wurde als eine interessante Herausforderung angesehen*, Streben nach Bestnoten (D,V), *Kreative Gestaltung des eigenen Studiums* (M)
- *Schwieriger Berufsbeginn nach Studienbeginn* (Arbeitssuche, M,D)
- *häufiger Arbeitsplatzwechsel* (V)
- *Existenzunsicherheit als latentes Problem immer vorhanden*
- *schwierige Partnerschaften* (D,V), aktuell berichtete *nur eine* (die Therapeutin D) von einer glücklichen Partnerschaft
- *Partner sind eher berufsfremd* (Künstler-D, Anwalt-V)
- im Durchschnitt 2 Kinder
- beruflich etabliert und zufrieden, allerdings noch offen für Neues (eher hungrig denn satt), *privat eher unzufrieden* (M,V)

(*43) Die Unterschiede zu den Berufsbiographien berufserfahrener ostdeutscher Psychologinnen werden *kursiv* markiert. Übereinstimmungen bleiben ohne Markierung.

Besonderheiten der Berufsbiographien nicht therapeutisch tätiger Psychologinnen

- Idealistische Vorstellungen dominieren vor Studienbeginn
- zu Beginn des Studiums: *Lebenserfahrungen vorhanden* (Großfamilie-M, Angestelltentätigkeit-V), dementsprechend *aktive (Mit-) Gestaltung des Studiums* (*43)
- *schwieriger Berufsstart: Arbeitsplatzsuche*, Disponibilität wird verlangt und gezeigt
- Aktive Karrieregestaltung, inklusive *häufiger (V) Arbeitsplatzwechsel*
- Permanentes Interesse am wissenschaftlichen Arbeiten inklusive *Herausgabe eigener Fach-Bücher*
- *große Flexibilität und Offenheit u.a. gegenüber neuen Karrieremöglichkeiten*
- *eher kognitive denn emotionale Arbeits-Herausforderungen, eigenes Erleben und Verhalten müssen nicht (zwingend) hinterfragt werden*
- *größere Einkommensunterschiede* (gering dotierte Tätigkeiten-V, hoch dotierte Tätigkeiten-M) bei insgesamt *relativ hohem Verdienstniveau*
- *narzisstische Gratifikationen* von Seiten der Kunden/Klienten (Gefahr der Selbstüberschätzung-M) (*44)

Bezüglich der beobachtbaren Persönlichkeitsvariablen der Nicht-Therapeutinnen fiel auf, daß diese

sehr offen und authentisch wirkten,
beruflichen Ehrgeiz ausstrahlten,
mitunter temperamentvoll argumentierten,
humorvoll und ironisch, aber auch sehr ernsthaft und engagiert auf die Fragen des Interviews antworteten bzw. ihre eigenen Themen kommunizierten,
scheinbar Realitätsnähe besaßen
und insgesamt sehr angenehme Interview- bzw. eher Gesprächspartnerinnen waren.

Sie glichen in ihrem *Wesen* daher sehr den *psychodynamisch orientierten Therapeutinnen* (TP/PA) und nur wenig den Verhaltenstherapeutinnen, obwohl die *Tätigkeitsfelder* der *Verhaltenstherapeutinnen* und der *A&O- bzw. Verkehrspsychologin* insgesamt mehr *Berührungspunkte* zu haben scheinen als die Tätigkeitsfelder der erstgenannten Therapeutinnen (TP/PA) mit denen der sogenannten Nicht-Therapeutinnen.

(*44) Auch Jaeggi zitiert eine Psychologin, die nach dem Grund für ihren Umstieg von Psychotherapie auf Coaching befragt wird, mit den Worten: „*Wenn man Coaching macht, bekommt man irgendwie mehr gute Feedback*“. (2001, S.117)

6.3.3. Autogenetische Aspekte

In diesem abschließenden Kapitel der vergleichenden Auswertung der Interviews werden zunächst Hinweise auf autogenetische Momente bzw. Strategien aus den einzelnen Interviews dargestellt und anschließend unter dem Aspekt des Gemeinsamen (*45) zusammengefasst.

Spezifische autogenetische Momente/Strategien in den einzelnen Interviews

Interview Logikerin (I1)

Situation	Reaktion (der Interviewten)
Elternhaus: Intellektuellenhaushalt, Anerkennung durch Leistung	Leistungsstreben in Schule und Sport (Leistungssport)
„Die ersten beiden Studienjahre waren einfach so was von schlimm.“	Durchhalten, „bringe meine Dinge zu Ende“
Berufsanfang, Konfrontation mit unbekannten Interaktionen und Beziehungsgeflechten der Patienten - „kam ... innerlich ... n bißchen ins Trudeln“	Auseinandersetzung mit dieser Situation – und damit mit eigenen Werten und Vorstellungen zunächst für sich allein, später Besuch einer Selbsterfahrungsgruppe
Mobbing	Aus der Situation gegangen (Arbeitsplatzwechsel)
Wende: Arbeitsplatzunsicherheit	„also ich nehm meine Dinge also immer ganz gerne und kontrolliert in die Hände“, Rat von Experten (hier: westdeutsche Kolleginnen) geholt, „und dann hab ich, ohne daß ich wußte ... , was auf mich zukommt, ... die Dinge anjepackt“: eigene Niederlassung
Zweifel an fachlicher Kompetenz in „regelmäßigen Abständen“	„in so 'ner Phase kauf ich mir immer unwahrscheinlich viele Bücher“, Qualitätszirkel und Supervision „Und ich find das auch in Ordnung, daß immer mal ... ne Krise kommt, wo man sich einfach och in seinen Fähigkeiten neu überdenken muß“
Nicht erwartungsgemäß verlaufende Therapie	Da „hab ich schon ganz schön zu knabbern“

Bevorzugte Selbststeuerungsmechanismen:

- zunächst Versuch, die Situation/die Krise *allein* und mit eigener Kraft zu bewältigen (mittels Literaturstudium, Introspektion und Reflektion)
- im *Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten* und mit einer *optimistischen Grundhaltung*
- dann auch Bemühen um *Expertenrat* möglich.

Interview Glückskind (I2)

Situation	Reaktion (der Interviewten)
Tätigkeit als Krankenschwester wird als unbefriedigend empfunden	Unmut: „ <i>ich hab kein Bock, das mein Leben lang zu machen.</i> “, Suche nach Alternativen, Informationen gesammelt, gehandelt (Erwachsenenqualifikation)
Eigene Kompetenzdefizite in der Arbeit gespürt (als Therapeutin ohne Therapieausbildung in einer Klinik tätig)	„ <i>hab mir gesagt: ich will das richtig lernen</i> “, selbstständig um Kompetenzzuwachs gekümmert
Verfolgungsgefühle und Arbeitsverbot in der DDR	„ <i>das war notwendig, um mir den entsprechenden Druck zu machen, daß ich dann einfach mich entscheiden konnte, das Land zu verlassen</i> “, Verlassen des Feldes, Positive Sicht auf negatives Geschehen: Reframing, optimistische Grundhaltung
Doktorarbeit kurz vor Fertigstellung „geschmissen“	Banalisiert diesen Vorgang („ <i>hab einfach nicht mehr ... gewollt</i> “), kein (vordergründiger) Zweifel an eigenen Fähigkeiten
Behandlungskrisen	Literaturstudium und Reflektion

Bevorzugte Selbststeuerungsmechanismen:

- *Reframing*: (zumeist positive) Umdeutungen der Situation
- Entwicklung von *Aktivitäten* zur Veränderung unbefriedigender Situationen
- eher *Einzelkämpferin*
- Annahme von Ratschlägen anerkannter *Experten* (hier: Lehranalytiker) ist möglich und wird als sinnvoll bzw. fördernd angesehen

Interview Mutti (I3)

Situation	Reaktion (der Interviewten)
Berufsanfang: Kompetenzdefizite wurden bewußt	„ <i>wieder ... meiner Natur folgend gelesen</i> “
Schwierige soziale Beziehungen und Interaktionen zwischen Ärzten, Psychologen und Pflegepersonal	Bemühen um Authentizität und größtmögliche Transparenz, „ <i>Also ich bin nicht ein einziges Mal in meinem gesamten Berufsleben zu irgendjemanden gerannt und hab mich beschwert, sondern ich bin es direkt angegangen.</i> “
Wende: „ <i>dann war klar, daß ... die Kompetenzen ganz anders verteilt werden</i> “	Offensives Vorgehen: Information, Tätigkeitsaufnahme in einem West-Verein, um die Weststrukturen kennenzulernen
Therapeutische Arbeitsfelder	Trotz therapeutischer Erfahrungen (Fachpsychologenausbildung) Entscheidung für eine (Verhaltens-) Therapieausbildung (größere Sicherheit im therapeutischen Handeln), Effektivitätsaspekt: „ <i>das Verfahren, das von mir am schnellsten zum Abschluß gebracht werden konnte</i> “

Bevorzugte Selbststeuerungsmechanismen:

- Großes *Vertrauen auf eigene Fähigkeiten* („Ich wollte klinischer Psychologe werden und bin das geworden.“)
- *Einzelkämpferin* (auch hinsichtlich des Erwerbs größerer Sicherheit auf fachlichem Gebiet)
- *Offensiver und transparenter* Umgang mit Problemen gesucht

Interview Die Ehrgeizige (I4)

Situation	Reaktion (der Interviewten)
Thema der Doktorarbeit entsprach nicht den Vorstellungen und Ansprüchen der Interviewten – „Sinnlosigkeitsforschung“	Effektiver Einsatz von Ressourcen: „ <i>hab da auch nischt gemacht an der Stelle</i> “, Setzen von Prämissen: Kümmern um Kinder statt Beschäftigung mit Forschungsthemen, die mich „ <i>einfach ... zu wenig interessierten</i> “
Viele Patienten mit Borderline-Störungen	Weiterbildung in Freiburg: weil „ <i>ich was praktisches brauche</i> “
Soziale Spannungen am Arbeitsplatz (Beratungsstelle)	„ <i>Bin ... abgehaun, ... nachdem ich `s ne Weile probiert hatte, mich ... durchzusetzen</i> “, Ausweg in der Selbstständigkeit gesucht: „ <i>optimal</i> “; offensiv, effektiv, kreativ
„Schwierige“ Patienten, Behandlungskrisen	Annahme der Herausforderung: „ <i>gerade wenn `s schwierig wird, dann interessiert `s mich ja besonders</i> “

Bevorzugte Selbststeuerungsmechanismen:

- Soziales Feld: *Ressourcenmanagement*
 - : Interviewte geht aus dem Feld, wenn sie merkt, daß die entsprechenden Gegenkräfte stärker sind oder es Vergeudung von Ressourcen wäre, weiter zu re/agieren
- Kognitives Feld: Nimmt Herausforderungen gern an: Mobilisierung von *Ehrgeiz*
- *Einzelkämpferin*, Rat nur von *Vetrauten* geholt und angenommen

Zusammenfassung:

Am Beispiel der vier oben dargestellten Entwicklungskrisen in den Berufsverläufen der interviewten ostdeutschen Psychotherapeutinnen werden nachfolgend kurz die entsprechenden autogenetischen Strategien bzw. Selbststeuerungsmechanismen angeführt.

Ideelle Krise: erdulden, durchhalten, Idealismus ist stärker als die Enttäuschung

Kognitive Krise: Bemühen um Kompetenzzuwachs (Literaturstudien)

Emotionale Krise: Aus dem Feld gehen

Existenzielle Krise: Offensive Suche nach neuen Wegen (Kontrolle wird wiedererlangt)

Gemeinsam ist allen Interviewten das sogenannte *Einzelkämpfertum*, die konstante Hinwendung zur *Literatur* bei fachlichen Schwierigkeiten und das *starke Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten* gepaart mit einem generellen *Optimismus*.

7. Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurden Berufsbiographien ostdeutscher Psychotherapeutinnen untersucht.

Im Fokus der Betrachtung standen dabei sowohl Gemeinsamkeiten und Unterschiede als auch autogenetische Aspekte. Die wesentlichste Datenquelle bildeten hier qualitative Interviews.

Die Ergebnisse eines Kurzfragebogens wurden unter den selben Gesichtspunkten systematisiert. In diesem Kontext gab es auch eine direkte Frage zu den Selbststeuerungsmechanismen („Umgang mit Behandlungs-/Beratungskrisen“).

Insgesamt boten sowohl die Fragebogenerhebung als auch die insgesamt neun Interviews eine derartige Fülle von Informationen, daß nur ein Teil der Ergebnisse unter 6. referiert bzw. bewertet wurde.

Eine systematische Untersuchung aller Ergebnisse konnte auf Grund der zeitlichen Rahmenbedingungen hier nicht geleistet werden, wäre aber wünschenswert.

Nachfolgend einige Anmerkungen zu den autogenetischen Aspekten in den Berufsbiographien unter Bezugnahme auf die geführten Interviews.

Wie sahen die Momente „eigenverantwortlicher Lebens- und Selbstgestaltung“ (Jüttemann, 1998) aus? Wann wurden sie wie sichtbar?

Folgt man der zeitlichen Abfolge im Leben der Psychotherapeutinnen so scheint in Kindheit und Jugend eher selten oder nur im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen von eigenverantwortlicher Lebens- und Selbstgestaltung die Rede sein könne. Ein (über-) behütendes bzw. (mehr oder minder) autoritär geprägtes Elternhaus ließen wenig Raum zur Selbstentfaltung. Erst im Zusammenhang mit der Pubertät fanden Selbstbehauptungs- und Abgrenzungsprozesse (insbesondere gegenüber dem Vater) statt.

Entsprechend dem unter 6.3. aufgestellten (Entwicklungs-) Krisenmodell entwickelte sich schließlich der Studienbeginn bzw. das (Grund-) Studium der Psychologie zu einer ersten Krise in der Berufsbiographie der Interviewten. Diese ideelle Krise resultierte in erster Linie aus der Diskrepanz von naiven, idealistischen Vorstellungen vom Beruf und also Studium eines Psychologen und den tatsächlichen Studieninhalten. Wie stark diese Enttäuschung sein gewesen muß, wurde an der Emotionalität bei der Darstellungen dieser Zeit deutlich. Schließlich war doch das idealistische Moment größer und man stellte sich den „Mühen der Ebenen“.

Die zweite große Krise, die von den Interviewten beschrieben wurde, fällt in die Zeit des Berufsanfanges. Zu einem Zeitpunkt (Studienabschluß/Berufsanfang) da ihre westdeutschen bzw. –berliner Kolleginnen sich weitaus existenzielleren Fragen stellen müssen, sind es v.a. wahrgenommene Defizite bezüglich ihres fachlichen Vermögens (Praxisanforderungen versus Universitätswissen), welche sich im Kontext ihrer ersten Anstellung als Psychologin offenbaren, die sie zunächst sehr verunsichern und dann zu umfangreichen Literaturstudien bewegen.

Deutlich wird hier, wie groß ihr Bedürfnis ist, die Kontrolle überall und jederzeit zu besitzen. Deutlich wird ebenfalls, das Bemühen, die krisenhaften Situationen allein bewältigen zu wollen. Und die Bestätigungen (insbesondere ihrer Leistungen) in Kindheit und Jugend bilden eine (wesentliche) Ursache dafür, daß dieses „Einzelkämpfertum“ auf einem stabilen Selbstvertrauen basiert.

Im Verlauf der dritten Krise, der emotionalen Krise, die (im Arbeitsbereich) in der Phase der Etablierung auftritt, wird nicht wie bei der zweiten das (kognitive) Fundament erschüttert, sondern die emotionale Stabilität der betreffenden Psychologin ins Wanken gebracht.

Bei der Bewältigung dieser Krise waren v.a. zwei Strategien zu beobachten, die sowohl isoliert als auch zusammen angewandt wurden.

Eine Strategie bestand darin, aus der (unkontrollierbaren) Situation, dem Feld zu gehen – und wurde erstaunlich oft von den Interviewten angewandt. Es mutet – gerade in Hinblick auf die hier fokussierte Profession - schon seltsam an, daß den kognitiven Herausforderungen ohne weiteres (und „natürlich“ mit viel Ehrgeiz und Fleiß) getrotzt wird, emotionalen Herausforderungen jedoch – schließlich – aus dem Weg gegangen wird. Oder ist das letztendlich doch die „klügere“ Variante ... ?

Eine zweite Strategie im Umgang mit emotionalen Krisen ist die vertrauensvolle Kommunikation mit anderen (Supervisor, Kollegen, Lehranalytiker, Partner) in der u.a. natürlich zunächst Selbstbestätigung gesucht und gefunden wird, aber auch Wahrnehmungen überprüft und Verhaltensmöglichkeiten besprochen werden.

Der Autorin kam es so vor, als sei dieser Schritt der Öffnung einem anderen gegenüber bzw. der Darlegung individueller Probleme vor anderen in den Jahren (des internalen und/oder externalen Leistungsdrucks?) der späten Kindheit und Jugend verlorengegangen und werde nun in dieser Phase - und mit einer gewissen psychologischen Erfahrung sowie menschlichen Reife - wieder langsam und vorsichtig „eingeübt“. Wurde dieser Schritt jedoch gewagt, dann zogen einige der Interviewten großen Gewinn aus dieser Möglichkeit.

Die vierte Krise betraf nur eine bestimmte Kohorte ostdeutscher Psychologinnen. Diese Krise wurzelte im Prozeß der Vereinigung beider deutscher Staaten und vereinte objektive Veränderungen als auch diffuse Befürchtungen. Konnten die jüngeren (unter 30-35 Jahren) Psychologinnen diese Veränderungen noch gut integrieren, stellte sich bei ihren älteren etablierten ostdeutschen Kolleginnen dieser Umbruch der Verhältnisse nicht selten als existenzielle Bedrohung dar.

Doch trotz aller Bedrohlichkeit (Kontrollverlust!) war der Umgang mit dieser Krise verhältnismäßig undramatisch. Natürlich mussten sich die Psychologinnen zunächst informieren, sie mussten neu organisieren, ausprobieren, ... mit dem Ziel der Wiedererlangung der Kontrolle. Und der konsequenteste Weg war dann der Weg in die Selbstständigkeit. Sicherlich gab es auch emotionale Verletzungen im Zuge dieser Veränderungen, allerdings schienen sich die Psychologinnen zunächst den kognitiven Herausforderungen, d.h. der Etablierung einer markt- bzw. konjunkturunabhängigen Existenz, zuzuwenden. – Denn das war es, worin sie sich sicher fühlten: im Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten (Können, Fleiß, Ausdauer) die kognitiven Herausforderungen annehmen - und (beispielsweise auch mittels einer Therapieausbildung) bewältigen.

Natürlich stellt die Überwindung von Schwierigkeiten nur einen Aspekt der Autogenese dar, - der in den Interviews hinterfragte Umgang mit Erfolg und Misserfolg im therapeutischen Prozeß als auch der Umgang mit Selbstzweifeln hätten an dieser Stelle ebenfalls dargestellt werden können.

Gewiß auch aufschlussreich könnte – im Zusammenhang mit einem größeren Zeitbudget - eine faktorenanalytische, d.h. eine Korrelationen bzw. Bezüge zwischen den einzelnen Antwortitems herstellende Auswertung des Kurzfragebogens sein.

So könnte eventuell! die Diskrepanz zwischen dem breiten Wissen um Burnout-Prophylaxe bzw. Ressourcenmanagement und der mit den Jahren steigenden Wahrscheinlichkeit, depressiv zu werden, aufgeklärt werden.

Und natürlich ist auch die vergleichsweise Betrachtung anderer (und umfangreicherer) Kontrollgruppen, die die Konturen der Versuchsgruppe noch schärfer zeichnen, im Rahmen einer anschließenden Untersuchung im Sinne der Thematik nur zu begrüßen.

Mit diesen Darstellungen zu einigen Anknüpfungspunkten zukünftiger Forschungsarbeiten zu der hier beschriebenen oder einer verwandten Thematik möchte ich meine Ausführungen beenden.

8. Literaturverzeichnis

Buchveröffentlichungen

Ambühl, Hansruedi (Hrsg.), Therapieziele. Hogrefe Verlag für Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1999

Breuer, Franz. Analyse beraterisch-therapeutischer Tätigkeit. Aschendorff Verlag, Münster, 1991

Brunner, Ewald J. (Hrsg.). Die Therapeutenpersönlichkeit, Weinheimer Symposium. Verlag Böger-Kaufmann, Wildberg, 1990

Giese, Eckhard (Hrsg.). Im Labyrinth der Therapie. Beltz, Weinheim, Basel, 1990

Jacoby, Mario. Psychotherapeuten sind auch Menschen. Verlag Walter, Olten, 1987

Jaeggi, Eva. Und wer therapiert die Therapeuten? Klett-Cotta, Stuttgart, 2001

Jaeggi, Eva. Zu heilen die zerstoßnen Herzen. Rowohlt Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 1995

Jaeggi, Eva et al. Denkverbote gibt es nicht. Technische Universität Berlin, 1991

Jaspers, Karl. Wesen und Kritik der Psychotherapie. Verlag Piper, München, 1958

Jüttemann, Gerd (Hrsg.). Komperative Kasuistik. Asanger, Heidelberg, 1990

Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.) Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Beltz, Weinheim, 1999

Krömmelbein, Sylvia. Krise der Arbeit – Krise der Identität? Verlag Ed. Sigma, Berlin, 1996

Lamneck, S. Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Bd. 2. Psychologie Verlags Union, München, 1989

Schelling, Walter A. Lebensgeschichte und Dialog in der Psychotherapie. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1985.

Schmidbauer, Wolfgang. Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2002.

Schmidbauer, Wolfgang. Hilfloose Helfer. Rowohlt, Reinbeck b. Hamburg, 1993.

Schütz, Astrid. Psychologie des Selbstwertgefühls: von Akzeptanz bis Arroganz. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2000

Schweitzer, Carl-Christoph (Hrsg.). Lebensläufe – hüben und drüben. Leske und Budrich (u.a.), Opladen (u.a.), 1993

Seifert, K.H. et al. (Hrsg.). Handbuch der Berufspsychologie. Hogrefe, Göttingen, 1976

Simon, Annette. Versuch, mir und anderen die ostdeutsche Moral zu erklären. Psychosozial-Verlag, Giessen, 1995

Simon, Annette; Faktor, Jan. Fremd im eigenen Land? Psychosozial-Verlag, Giessen, 2000

Sommer, T (Hrsg.). Vereint, doch nicht eins – Deutschland fünf Jahre nach der Wiedervereinigung. Zeitverlag, Hamburg, 1995

Wagner, Wolf. Kulturschock Deutschland – Der zweite Blick. Rotbuch Verlag, Hamburg, 1999

Zundel, Edith. Leitfiguren der neueren Psychotherapie, Dt. Taschenbuchverlag, München, 1991

Wissenschaftliche Schriften

Legewie, Heiner (Hrsg.), Arbeitsmaterialien Qualitative Sozialforschung. TU Berlin, 1997

Möller, Heidi (Hrsg.). Psychotherapie – Profession oder Wissenschaft. TU Berlin, 2000

Zeitschriften/ Periodika

Ärzte Zeitung vom 10.11.00, 15.01.01, 21.11.01, 29.01.02

Die Zeit 51/01

Psychologie heute 1/97 (von Rad, S. 32ff), 1/98 (Epstein, S. 64ff), 10/99 (Schmidbauer, S.30ff), 6/00 (Evans, S.16), 1/01 (Senf, S. 45ff), 7/01 (Hubbel et al., S.8f)

Psychomed 2 (90), 6 (94)

Psychosozial 45

Psychotherapeut 40 (2)

Report Psychologie 19 (94)

Verhaltenstherapie 4 (94)

Veröffentlichungen im Internet

bvvp -Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, Nachricht vom 27.10.2000

Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.). Persönlichkeit und Entwicklung. Beltz, Weinheim, 2002.